



الطب والمجتمع

دراسات نظرية وتبث ميدانية

- علم الاجتماع الطبي
- الأندروبولوجيا الطبية
- علم النفس الطبي
- الخدمة الاجتماعية الطبية
- العلوم الاجتماعية وممارسة الطب
- تدريس الطب الاجتماعية في كليات الطب
- علاقة الطبيب بالمريض
- أخلاق المهنة
- البناء الاجتماعي والصحة
- الثقافة والمبوض
- الإدمان
- طب الصحراء
- التفاعل داخل المستشفى

رئيس

فيلسوف

أستاذ مساعد عام الاجتماع
بجامعة القاهرة

الناشر

مكتبة الأناجور المصرية

١٦ شارع محمد فردي - القاهرة

سلسلة دراسات الطب والمجتمع

الطب والمجتمع

دراسات نظرية وبحوث ميدانية

دكتور

نبيل صبحي حنا

أستاذ مساعد علم الاجتماع
كلية الآداب - جامعة القاهرة

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد - القاهرة

١٩٨٧

اهلّاء

إلى الله صاحب الشفاء العظيم... الذى وهبنى
نعمة الاهتمام بالمرضى علمياً وعملياً....

والى المرضى الذين يتطلعون فى رجاء إلى لحظة الشفاء...
إلى الوجوه الشاخصة فى أمل ورغبة إلى من يملك الدواء...

لقد أعطيتهم إهتماماً بسيطاً فى صفحات هذا
الكتاب وسأكرم من أجلهم وقتى حتى
درجة الإجهاد.



مقدمة

لم تعد فكرة ارتباط الصحة والمرض بالعوامل الاجتماعية والثقافية فكرة جديدة ، فقد كانت هناك اشارات - ولو في صورة بجملة مختصرة - لفاعلية العوامل المذكورة في الصحة وفي المرض على السواء . والجديد هو أن الفكرة أصبحت لها صدق واسع الانتشار سواء على مستوى المجلات الأكاديمية الطبية والاجتماعية أو على مستوى من يمارسون الطب والعلاج ومن يعملون في المجالات الطبية من الاجتماعيين ، أو على مستوى المثقف . والجميع بين الإعجاب بالفكرة والحاجة الى الاقتناع بضرورتها ولتنتظر جدواها .

وهذا الكتاب في مجال علم الاجتماع الطبي يمثل اطلالة على عذا المجال الحيوي ، فهو يهتم بشرح العلاقة الاكيدة بين الظواهر الاجتماعية والظواهر الصحية . تلك العلاقة التي مارلت في حاجة الى مزيد من الدراسة والبحث خاصة وأن التراث الغنى الذى اشرنا اليه ليس متاحا باللغة العربية ، ولا ينسجم ما يعكس واقع مجتمعاتنا . وعلى الرغم من أن هناك بعض الجبود قد بدأت تبذل في مجال علم الاجتماع الطبي في مجتمعنا العربى وظهرت في شكل كتب أو مقالات أو بحوث لهدف الحصول على الماجستير أو الدكتوراه ، إلا أن المجال مازال في حاجة الى جهد مخلص وأمين لاته يتصل بحياة الإنسان ذلك العنصر الاساسى في المجتمع ، بل وبدونه لا يوجد المجتمع .

وقد تمسبت الكتاب الى خمسة ابواب ، خصصت الباب الاول للتعرف على العلوم الاجتماعية التى اهتمت بميدان الطب وهى علم الاجتماع الطبي والانتروبولوجيا الطبية ، وعلم النفس الطبى والخدمة الاجتماعية الطبية . والهدف من احتواء الكتاب على هذا الباب هو تعريف الباحث في أى مجال من المجالات الاربعة بالفروع العلمية الأخرى التى تتناول الطب من زوايا أخرى . لهذا حرصت أن أقدم زوايا تناول الخاصة لكل تخصص ، وقد تطلب ذلك بالطبع بحثا متعمقا في تراث كل فرع علمى تخصصى .

أما الباب الثانى فقد خصصته لتوضيح طبيعة الاسهام الذى يمكن أن

تقوم به العلوم الاجتماعية في مجال الطب ، وقد ركزت على الاسهام في مجال الطب وعلايات العلاج ، ثم في مجال التعليم الطبي .

وقد أفردت الباب الثالث لمناقشة قضيتين في مجال الممارسة الطبية هما علاقة الطبيب بالمريض ثم أخلاق المهنة . ويعتبر كل موضوع له أهميته وحساسيته في نجاح أداء الخدمة الطبية . بجانب انهما يمثلان جزءا هاما من تراث علم الاجتماع الطبي .

ثم شرحت بالتفصيل في الساب الرابع المحور الذى يدور حوله علم اجتماع الطب وهو البناء الاجتماعى والثقافة في علاقتها بالمشحة والمرض . وقد قدمت في البداية مفهوم البناء الاجتماعى ومفهوم الثقافة وطبيعة وإبعاد كل منهما ثم علاقة عدد من هذه الإبعاد بالمشحة او المرض .

وقدبت في الباب الاخير من الكتاب ثلاثة دراسات ميدانية قمت بإجرائها بنفسى ويتناول كل منها احد الموضوعات التى ترتبط بمجالات اهتمام متنوعة: فالدراسة الاولى - وهى عن الأبعاد الاجتماعية لظاهرة الادمان - تم من يبحثون عن تفسير لهذه الظاهرة المجتمعية ويبحثون عن الحلول . أما الدراسة الثانية ففى تم من يدرسون الطب التقليدى وعلاقته بالطب الحديث . والدراسة بعنوان « طب الصحراء » . أما الدراسة الثالثة فهى مقدمة لن يمتون بالتفاعل والتنظيم والعلاقات داخل الوحدات الطبية ، وهى دراسة لهذه الجوانب داخل عنبر جراحة رجال .

وتعتبر فكرة التكامل ركيزة أساسية موجهة للعمل في هذا الكتاب . التكامل بين العلوم الاجتماعية التى تتعاون معا لخدمة المجال الطبى . ثم التكامل بين العلوم الاجتماعية والطبية . وسوف يجد القارئ على كل صفحة من صفحات الكتاب محاولة لتوضيح الفكرة وكيفية الوصول اليها .

وقد تم جمع المادة المكونة للكتاب من المراجع العديدة التى وضعت قائمة بها في نهاية الكتاب . كذلك من خلال المناقشات التى دارت في اللقاءات والندوات والمؤتمرات العلمية استطلعت أن أدون بعض الأفكار والتفاسيح والخلاصات على بطاقات ساعدت في اعداد بعض فقرات الكتاب . هذا بالإضافة الى بعض ملاحظاتى في المجال الطبى .

وقد كتبته هذا الكتاب بعد أن جلست في عدد من الجاسعات المصرية أدرس العلوم الاجتماعية الطبية للطلبة ، أوزع لهم الفكر وأحاول زرع الاهتمام بهذا المجال الذى آمنت به منذ سنوات طويلة . ففى جلستى المريحة

التي أشرف بالانتهاء اليها - جامعة القاهرة ام الجامعات - درست لطلبة الدراسات العليا « الأنثروبولوجيا الطبية » ، وفي كلية الآداب - بنها وكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم تمت بتدريس « علم الاجتماع الطبي » . ولطالبات الماجستير في المعهد العالي للتوريس بالقاهرة تمت بتدريس « تأثير الحضارة على الشخصية » . ا.ا. كلية الطب جامعة قناة السويس فقد شاركت في اعداد - الجانب الاجتماعي - في برامج التعليم فيها وشاركت في تدريس الطلبة في السنوات الاخيرة . كذلك بعد أن بدأت أشرف على أكثر من رسالة للماجستير . وبعد أن ناقشت أيضا رسائل في مجال الاعلام الصحي والأمراض العقلية . هذا الى جانب الاشتراك في المؤتمرات والندوات المتعلقة بهذا المجال .

على اننى لا يمكن أن ادعى أن الكتاب حوى كل الموضوعات التي يهتم بها علم الاجتماع الطبي ، فلا يمكن لكتاب واحد أن يحوى كل الموضوعات . ولكنه حوى أهم القضايا والموضوعات المطروحة على بساط البحث وفي مجال المناقشة .

ان اتساع المجال يستوعب العديد من الجهود ، ويستوعب أيضا المداخل المتفوعة لتغطية هذا البحر المتسع العميق ، لهذا فان مسئولية كبرى قد وضعت على كل من يجد في نفسه رغبة في الدراسة والبحث مع التسلمح بالنهم العلمي السليم ، لكي يبذل جهدا ويقدم شيئا يعمل على تحريك التراث نحو مزيد من الثراء . وعلينا ان نشجع الجميع لكي يبني كل مناسجا جزءا في جسم هذا الصرح الكبير يتناسب مع اهتماماته وامكانياته ودقته وطوبه واستعداده للبذل .

ان هذا الكتاب ؟

للاجتماعيين الذين يهتمون بالمسائل الصحية والمجال الطبي وسلوكيات المرضى . وإن يعملون في مجال الطب من المهتمين بالقضايا الانسانية خاصة في دائرة علمهم . ولهذا فالموضوعات التي يحتوى عليها الكتاب لا تهم الاطباء فقط ، ولكنها تهم أيضا كل من يتعاملون مع المرضى او يهتمون بقضاياهم مثل الممرضات وغيرهم .

وبصفة عامة فان الكتاب يهم كل من يتقنون في المنطقة الرمادية التي

ننم ذوى الاهتمامات المشتركة بين الطب والمجتمع ، وبهم المثقف العربى الذى
يقف أيضا فى هذه الدائرة بين العلوم الاجتماعية والعلوم الطبية .

والشكر يجب أن أهديه فى هذا المجال الى مجتمع المرضى الذى ملزنا
بمحاولة التعرف عليه لخدمته ، وخدمته هى الهدف النهائى من وجود الطب
والبحوث والدراسات المتنوعة . والى مجتمع الاطباء — من الاكاديميين
والممارسين — لانهم اعطونا — كاجتماعيين — فرصة الدخول الى محراب
الطب المقدس ، وسبحوا لنا أن نناقش معهم ميدان تخصصهم الهام .

وبتسلى الله .

القاهرة فى ١٩٨٧/١/٧

نبيل

فهرس الكتاب

صفحة

إهداء	٢
مقدمة	٥
مهرست	٩

البسب الأول

الدراسات الاجتماعية والطب

١٧	الفصل الأول : علم الاجتماع الطبى
	ظهور علم الاجتماع الطبى - الركائز الاساسية لعلم الاجتماع
	الطبى - التوجه النظرى والمواقع التطبيقية - الاهتمامات
	الموسميولوجية وموضوعات الدراسة - دور الموسميولوجى
	فى المجال الطبى .

٤٠	الفصل الثانى : الأنثروبولوجيا الطبية
	الأنثروبولوجيا الطبية بين النروع الأنثروبولوجية الاخرى -
	التوجيه النظرى - موضوعات الدراسة ومجالات الاهتمام -
	دور الأنثروبولوجى فى الميدان الطبى .

- ٦٩ الفصل الثالث : علم النفس الطبى .
 بدايات علم النفس الطبى — علم النفس الطبى بين الاعتمات
 العلمية الأخرى — موضوعات الدراسة ومجلات الاهتمام
 دور الاختصاصى النفسى الطبى .

- ٨٨ الفصل الرابع : الخدمة الاجتماعية الطبية
 تعريف وبدايات الخدمة الاجتماعية الطبية — الفسلح
 بالمناهم العاة وطرق العمل فى نظم الأم — مجالات
 واختصاصات الخدمة الاجتماعية الطبية — تأهيل ومسؤوليات
 'الاخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى' .

المسلب الثانى

اسهام العلوم الاجتماعية والسلوكية فى الطب والعلاج

- ١٢٢ الفصل الخامس : تعاون العلوم الاجتماعية والسلوكية فى خدمة الطب
 العلوم الاجتماعية : قضية الانتماء الى الفروع الأم والعلامة
 مع الفروع الوليدة — قضية المنهج الملائم للبحث والخدمة
 الطبية — قضية التخصص الأكادبى والممارسة العملية .

- ١٢٣ الفصل السادس : تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية فى كليات الطب
 مناخ التعليم الطبى وادماج العلوم الاجتماعية فى مناهج كليات
 الطب — تطور الاهتمام بالجانب الاجتماعى فى كليات الطب —
 المسؤوليات الملقاة على عاتق الاجتماعيين — من يدرس العلوم
 الاجتماعية ؟ وبأى لفنة ؟ — المسؤولية الاشرافية على
 التدريس — موقع العلوم الاجتماعية على خريطة المنهج —
 برنامج مقترح لتدريس العلوم الاجتماعية فى كليات الطب .

المساب الثالث

ممارسة الطب

- ١٥٧ الفصل السابع : العلاقة بين الطبيب والمريض
دراسة علم الاجتماع للعلاقة بين الطبيب والمريض ، مكونات
موقف التفاعل الاجتماعي للطبيب والمريض - دور الطبيب -
دور المريض - العوامل المؤثرة على علاقة الطبيب بالمريض -
علاقة الطبيب الخاصة مع المرضى في حالة التحقيقات
القضائية .

- ١٧٣ الفصل الثامن : أخلاق المهنة
قسم أبقراط - علم الاجتماع ودراسته أخلاق المهنة -
الجانب البناء والجانب الهدام في العلم - الجسم
والشخصية الإنسانية - مصلحة المجتمع وصالح الفرد -
الخدمة الطبية لكل المجتمع - رفع متوسط الأعمار وزيادة
الاعباء والاضغوط - التلمذة المهنية والمناسبات - التجريب
الطبي - الطب كحجارة - التفسير الاجتماعي والأخلاق
المهنية .

المساب الرابع

البناء الاجتماعي والثقافة

- ١٩٢ الفصل التاسع : البناء الاجتماعي والصحة والمرض
مفهوم البناء الاجتماعي - الطبقة الاجتماعية والصحة -
المهنة والصحة - الظروف البيئية والصحة - الاقتصاد

والصحة - القطاعات الاجتماعية الكبرى والصحة : القطاع
الريفى - القطاع الحضرى - القطاع الصحراوى .

٢٠٩ الفصل العاشر : الثقافة والصحة والمرض
منهزم الثقافة وطبيعتها - خصائص الثقافة - الثقافة
والصحة والمرض : المعايير والقيم والمعتقدات فى المجال
الطبي - الانحراف عن المعايير - الطب الشعبي - الثقافة
والامراض المتوطنة .

الباب الخامس

دراسات ميدانية وبحوث

٢٢٩ الفصل الحادى عشر : الايمان
الابعاد الاجتماعية فى التعرف على اسباب الايمان - الوسط
الاجتماعى الثقافى لعملية الايمان - آثار الايمان على المجتمع -
الابعاد الاجتماعية فى الوقاية والعلاج - المداخل الاربعة
وتكامل العلاج .

٢٤٩ الفصل الثانى عشر : طب الصحراء
« دراسة ميدانية لخصائص واساليب الطب التقليدى فى
الصحراء الغربية »

البيئة الصحراوية وصحة الانسان - الامراض وعلاجها -
طبيعة وخصائص النسق الصحراوى - تطبيقات .

الفصل الثالث عشر : انثروبولوجى فى العنبر ٢٧٨
« دراسة ميدانية للتنظيم والتفاعل والعلاقات فى عنبر جراحة
رجال بمستشفى كينجستون - بانجلترا »

موضوع الدراسة - الملاحظة المشاركة كمنهج للدراسة -
العنبر رقم ٨ - التنظيم والتعاون وتقسيم العمل - العلاقات
داخل العنبر : علاقة فريق التمريض بالمرضى - العلاقات
بين المرضى - ثقافة العنبر : نمط الفكاهة .

- المراجع العربية

- المراجع الاجنبية

الباب الاول

الدراسات الاجتماعية والطب

الفصل الأول

علم الاجتماع الطبى

ظهر علم الاجتماع الطبى كجال متميز للبحث عندما بدأ من يعملون في مجال علم الاجتماع العام يدركون أهمية البعد الاجتماعى في الإصابة بالامراض . وعلى الرغم من أن علم الاجتماع الطبى يُعتبر أحد مجالات البحث الحديثة إلا أن جهود رواد علم الاجتماع الذين تناولوا القضايا الطبية — السوسيوولوجية بالدراسة والبحث قد أدت إلى تراكمات ذات قيمة كما أدت إلى تراء تراث هذا الفرع الوليد . وقد بدأ تلك الجهود رواد علم الاجتماع ، فهناك على سبيل المثال دراسات ميرتون Merton عن التعليم الطبى وتحليل بارسونز Parsons لدور المريض وغير ذلك (١) . ونظرا لامتداد نطاق الدراسة في الآونة الحديثة ، بحيث أصبح التخصص يحتوى على كم هائل من الدراسات ، فقد تضمن ذلك قدرا من تنوع المداخل والاهتمامات ووجهات النظر .

ولم يقتصر الاهتمام بهذا المجال على من تخصصوا في دراسة علم الاجتماع فقط إذ جذب أيضا — وإن كان ذلك حديثا نسبيا — انتباه من يعملون في مجال المهن الطبية . كما جذب انتباه طلبة الطب والمريض وغيرهم . وقد كان ادخال مادة علم الاجتماع الطبى كإداة أساسية في مناهج الدراسة ومقررات كليات الطب دليلا على إدراك أهمية هذا التخصص الذى يهتم بالعلاقة بين النرد والمجتمع ، تلك العلاقة التى تؤثر في خبرات القصور فيها يتعلق بالصحة والمرض . وتؤثر في استجابات الآخرين — مثل استجابات الاطباء والاطباء والجهات الحكومية — لهاتين الظاهرتين (الصحة والمرضى) (٢) .

(1) Freeman and others, Handbook of medical Sociology prentice-Hall, Inc. New Jersey, 1979, pp. 460, 475.

(2) Donald L. Patric and Graham Scambler, Sociology as applied to medicine, Ballière Tindall, London, 1982, p. x.

الركائز الأساسية لعلم الاجتماع الطبى :

المطالع لتراث علم الاجتماع الطبى يمكنه أن يجد عدة ركائز للعمل السوسولوجى . وتعتبر هذه الركائز موجهات للعمل الامبرىقى سواء فى اختيار المشكلات او فى كيفية تناولها ، كما يمكن النظر اليها على أنها أسس التفكير التى يلتزم بها من يعملون فى هذا المجال ، وهى تعتبر أيضا الاطر المرجعية المتبعة جذورها فى حرية علم الاجتماع العلم - تنهل من المفولات والمسيقات الراسخة فيه - والواقعة جزوعها على أرض الواقع تتأثر به وتستجيب لاحتياجاته . واهم هذه الركائز :

أولا - أن الظواهر والعوامل الاجتماعية فاعلة بقوة فى الصحة والمرض على السواء :

لقد أدرك الطب منذ ثلاثة قرون على الاقل أن الامراض ليست مجرد ظواهر طبية تحدث بطريقة عرضية غير محسوبة ، فقد انضج أن الامراض ترتبط بطبيعة حياة الناس وبالظواهر الاجتماعية التى تنشأ من وجودهم معها ، فهى ترتبط بالهن التى يمارسونها كما ترتبط بماداتهم اليومية . وعلى سبيل المثال فإن مرض التسم السيليكى (Silicosis) يرتبط بالعمل فى التعدين . وقد أدى التعرف على ذلك اليوم الى اخضاع ممارسة هذه المهنة الى اشراف طبى وتنظيم قانونى ، كذلك فإن بعض الامراض الاخرى ترتبط بالبيئة الاجتماعية ، فقد انضج أن التهاب المعدة والامعاء Gastroenteritis كان يحدث فى الماضى بسبب الظروف المعيشية السيئة التى تميز بالنازل الفقيرة بيئة التهوية وسوء التغذية . أما شلل الاطفال اليوم فهو يصيب حتى هؤلاء الذين يعيشون فى ظروف صحية مقبولة . وبصفة عامة فانه فى معظم الامراض نجد أن الظروف الاجتماعية وظروف العمل تعتبر عاملا أساسيا فى وجود المرض ، ونحتاج أن نكون على وعى بها عند تشخيص المرض ، كما أن ادراك ابعادها يعتبر عاملا ضروريا من عوامل تحديد نمس نجاح العلاج .

يمكننا القول إذن أن البيئة الاجتماعية والاقتصادية تعتبر جزءا لا يتجزأ من البيئة الطبيعية . فهى تسهم فى تحديد حدوث المرض والتكيف بحدى انتشاره أو انحساره . ويتربط على ذلك أن هناك احتمال وجود تنوع فى

(٢٦) مرض رئوى متبىز بقمر النفس ناشيء عن تنشق طويل المدى لغبار السليكا .

الأمراض التي تنتشر في مجتمعات ذات بيئات وأبنية اجتماعية ونظم اقتصادية متقومة (٤) .

وقد أدى وعى علماء الاجتماع بتأثير الظواهر الاجتماعية على الصحة والمرض إلى انطلاق بحوثهم ودراساتهم إلى مجالات عديدة بحثا عن هذا التأثير . ولعل أول الموضوعات التي أهتم بها علماء الاجتماع الطبي مع غيرهم من العلماء الاجتماعيين على مدى زمني طويل موضوع تفاوت المستويات الصحية ونفا لاختلاف الأوضاع الاجتماعية ، على أساس أن الظروف المعيشية السيئة سوف تتركز أمراضا يكن إلا ترتبط بظروف اجتماعية وخلفية . وقد وجه علماء الاجتماع النظر إلى هذا الموضوع ناشروا إلى أن الرعاية الصحية يجب أن تقدم لمختلف المستويات دون تفرقة ترجع إلى أي نوع من الاختلاف ، خاصة الاختلاف في المكانة الاجتماعية (٥) .

وقد اتجهت مجموعة من هذه البحوث إلى البحث عن أثر التنظيم الاجتماعي وتغيراته على الصحة والمرض . بمعنى كيف تبدو الجماعة عندما ننظر إليها في لحظة زمنية معينة . ثم كيف تتغير عبر الزمن (التغير الاجتماعي) . وسوف تكون الصورة متكاملة عندما يتضمن الموضوع دراسات لكلا الجانبين . وعلى سبيل المثال فإن دراسة المستشفى في الوقت الحالي (في لحظة زمنية معينة) سوف توضح أن أحد مراكز القوة بها هي لمدير المستشفى ، ومع ذلك فإن ذلك لا يشرح بكيفية قصة بناء القوة في المستشفى . ولذلك فإن دراسة المستشفى خلال ثلاثين سنة مضت سوف توضح أن القوة التي ترتبط بهذا المركز قد تراكت عبر الزمن إلى أن وصلت إلى الصورة الحالية . ولهذا فإن كلا النوعين من الدراسة يكملان بعضهما . للدراسة تبدأ ببحث الموضوع أو النظام أو المؤسسة في لحظة زمنية معينة ثم تضيق التغير خلال فترة زمنية أو أكثر .

لقد أدى الوعي بهذا الأثر إلى ظهور دراسات أخرى عديدة سوف لا نستطيع أن نعرض لها بالتفصيل في هذا النطاق المختصر ، ولهذا سوف نغير إلى نماذج منها باختصار شديد . لقد ظهرت مجموعة بحوث لدرس انتشار المرض في بيئات اجتماعية خاصة وبين تلك الاجتماعية القبلية . كما

(4) Susser M.W. and Watson W., Sociology in Medicine, Oxford University Press, Second Edition, London, 1975, p. vii.

(5) Harvey Brenner, Assessing the Contribution of Social Sciences to Health, American Association for the advancement of Science, Washington, 1980, p. 21.

ظهرت مجسوة أخرى من البحوث تركز على التوجهات والقيم المتعلقة بالصحة . فهناك بحوث ودراسات تدور حول تقبل وإدراك الأفراد ومعتقداتهم ووجهات نظرهم حول الصحة والرعاية الصحية . أما مجموعة الدراسات الأخرى فقد أهتمت بالسلوك الصحي كسلوك تنافي ، فدرس العلماء في هذا المجال العمليات وأنماط السلوك التي تنتج عن قرارات الأفراد التي يتخذونها لمنع المرض ولتحقيق مستوى صحي لائق واتباع نظام صحي معين . كما ارتبطت مجموعات أخرى من البحوث بدراسة مدى كفاءة الخدمات . ونظم الرعاية الصحية كنظم اجتماعية لمقاومة المرض ، وقد تضمن ذلك أيضا إجراء بحوث لتتويج الخدمات الصحية (٧) .

ثانيا - أن النظرة الى الإنسان يجب أن تكون نظرة شاملة تكاملية وأن سلوكه الصحي هو محاولة للتكيف مع البيئة :

يقوم علم الاجتماع الطبى على ركيزة هامة وهى أن الإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة : العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية بصفة دائمة مادام يعيش في مجتمع انساني وفي بيئة اجتماعية . ويؤثر وجوده في المجتمع على نمو شخصيته بطريقة معينة تؤدي الى نمط متبهر للشخصية . وتلعب العوامل الاجتماعية والثقافية دورا أساسيا في التأثير على كل جانب من هذه الجوانب بفعل عمليات التثنية الاجتماعية والثقافية المستمرة . كما أن اضطراب أى بعد من أبعاد الشخصية الأربعة سوف يعنى التأثير في الأبعاد الثلاثة الأخرى مادامت هذه العوامل الأربعة في حالة تفاعل . ويترتب على ذلك أن علاج أى بعد دون النظر الى الأبعاد الأخرى سوف تكون محاولة أضعف من أن تصل الى درجة النجاح (٨) .

ويرى بعض علماء الاجتماع أنه يجب النظر الى السلوك الانساني والأنشطة المرتبطة به لمواجهة المرض على انه عملية تكيف للبيئة . ويتم بذلك النظر الى سلوك الناس كمكافحة للمرض والحفاظ على الصحة على أنه كفاح يهدف الى التحكم في البيئة ومواقف الحياة . وفي ضوء ذلك أيضا يجب النظر

(6) John Denton, Medical Sociology. Houghton Mifflin Company. London, 1978, pp. 3, 4.

(7) Freeman and others, Op. Cit., pp. 463-467

(٨) حسين عبيد الحميد رشوان ، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض . دراسة في علم الاجتماع الطبى ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٣ ، ص ١١٠ .

إلى هؤلاء الذين يقومون بالرعاية الصحية على انهم يحاولون التكيف لاحتياجاتهم . وباختصار فإن السلوك المرضى ورد الفعل تجاه المرض هي كلها جوانب في هذا الحوار الذي يقوم من خلاله كل من يشاركون في الموقف بمسئولياتهم ، والتحكم في البيانات التي يوجدون بها ، ولكي يستطيعوا أن يعيشوا يومهم ويواجهوا مشكلاتهم ويتكيفوا بمتطلباته . وما يجب أن ننسبه إليه هو أن معظم نظريات العلوم السلوكية قد تجاهلت هذا النضال الفعال ونظرت إلى السلوك الانساني على أنه سلوك ثابت وراسخ وليس على أنه سلوك متغير ومتجدد كاستجابة للحاجات والتجارب البيئية . ويلاحظ أن الطريقة التي ينسب بها الناس والمهنيون المرض ويستجيبون له وبالمثل فإن ردود الفعل للمرض يمكن التعرف عليها من خلال التعرف على المواقف المتغيرة التي يتعرض لها المجتمع ، وفي ضوء المصادر المتاحة لمواجهة التغيرات . وباختصار فإن الصحة والرعاية الصحية يمكن فهمها إذا استطعنا فهم أطرافها الأوسع وهو نضال الإنسان ومحاولاته للتكيف مع سوائه الحياة .

ويمكن أن ينظر عالم الاجتماع إلى الطب كجال تطبيقي ويمكن أن ينظر إليه أيضا كعلم اجتماعي . والطب ثلاث مهام رئيسية هي :

١ - معرفة كيفية ظهور بعض الاعراض أو المشكلات والمتاعب أو الأمراض عند الفرد أو الجماعة .

٢ - التعرف على هذه الأمراض أو أعراضها ومحاولة علاجها ، أو الحد من تطورها والتغلب على الخلل المنسب عنها .

٣ - تلبية الظروف المعيشية لدى الجماعات السكانية والارتقاء بها - بهدف تجنب الاخطار التي تتعرض لها الصحة وبالتالي منع المرض .

ويمكن تحقيق كل هذه الاهداف بفعالية إذا استطعنا أن نعطى اهتماما للعوامل الاجتماعية والنفسية مثلما نعطى اهتماما للعوامل البيولوجية . وعلى سبيل المثال فإن الكثير من الانشطة الطبية - سواء كانت بحوثا طبية أو كانت عمليات علاجية أو كانت عملا وقائيا - تتطلب فهما للضغط الاجتماعي والثقافي التي تؤثر في ادراك الفرد لاحتياجه للمساعدة ، وتؤثر في قراره الذي يتخذه للبحث عن هذا العلاج ، وتؤثر أيضا في استجابته للعلاج . ونحن إذا لم نأخذ في اعتبارنا أننا يجب أن نهتم بهذه العوامل في تدريب العاملين في مجال الطب ، وفي التعامل مع المرضى وفي التخطيط للخدمة

الصحية الاجتماعية وسوف نستمر في ارتكاب أخطاءنا في هذه المجالات الثلاثة (٩) .

ثالثا - يمثل الطب من حيث الظواهر والمهنة والتنظيم والممارسة موضوعا للدراسة السوسولوجية :

تتضمن كلمة الطب العديد من المناهيم والمعاني . فالطب هو الأطباء أعضاء هذه المهنة وهو يتضمن أيضا تكنولوجيا الطب ، والاكتشافات الطبية ، والظهور ، والانتشار . ويتضمن الطب أيضا العلاقة بين فئة المرضى وفئة هؤلاء الذين يصنعون على أنهم بمالجين . ويتضمن أيضا عملية التشخيص الطبي بالنسبة لكل هؤلاء الذين يعملون في المجال . ويدخل في نطاقه أيضا النظام الطبي ، ورسم السياسة التي تحدد كم ونوع الرعاية الصحية . ويبدو مفهوم الطب أيضا إلى المعتقدات التي تكون في ذهن عندما نحدد من يحتاجون إلى العلاج ، وبماذا يجب أن يقدم لهم ، ثم كيف تنتقل وتؤكد هذه المعتقدات . ويتضمن أيضا التغيرات في معدلات المواليد والوفيات . كما يتضمن المسائل التي تتعلق بالموت القهري Cuthanesia ، ويتضمن أيضا الجوانب الإدارية في المستشفى ، ومسائل عديدة أخرى يمكن أن تكون مجالاً لدراسة علم الاجتماع .

ونظرا لأن مصطلح الطب يعنى العديد من الأشياء بالنسبة لأناس مختلفين فإنه من الصعب مناقشته دون توضيح ما نعنيه بكلمة الطب عندما نستخدم المفهوم . ويمكن أن يحدث هذا الإيضاح بسهولة عندما نقسم الناس إلى فئتين : فئة المرضى وفئة غير المرضى .

نتيجة لهذا ينظر علماء الاجتماع إلى الطب كظاهرة يمكن تعريفها اجتماعيا وحده المؤسسات والهيئات التي تركزت على أنها مكونات لمفهوم الطب هي الميكانيكيات التي كونها المجتمع لكي يستطيع التعامل مع الفئات المختلفة للمرضى أو غير المرضى . بل أن فكرة تقسيم الناس إلى مرضى وغير مرضى ترتبط بها بسود لدى الناس في مجتمع معين من أفكار ومعتقدات عن المرض . وطالما أن الطب له جانب اجتماعي فإن أفضل طريقة لدراسة وتخطيطه هي التي تتم من خلال الدراسات الاجتماعية ، تلك العلوم التي تركز على دراسة المجتمعات والثقافات ومنها علم الاجتماع الطبي ، ذلك العلم

الاجتماع سوف يؤدي - على المدى الطويل - الى نواتج اعم وتنتج افضل مما ينتج الباحث الى تناول القضايا والمشكلات الواقعية دون تسليح نظري كاف . ذلك ان الصياغات النظرية الواضحة تساعد على بحث المشكلات الواقعية بطريقة افضل وتصل الى نتائج اكثر دقة . وهذا لا يعنى ان يستغرق الباحث في دراسات نظرية يعتمد عليها من الالتزام والارتباط بحل مشكلاته المجتمعية ، ولكنه يعنى ان اسهام السوسيولوجى يكون هو التحليل العلمى الصائغ لجوانب الازمات المعحية .

وسيل بعض علماء الاجتماع في توجيههم ان تركيز دراساتهم على المستوى الاجتماعى الاكبر او الوحدات الكبرى macro-sociological اكثر من تركيزهم على المستوى الاجتماعى الاصغر او الوحدات الصغرى micro-sociological ، بينما يوجد من يركزون على المستوى الثانى . ويرجع تفضيل المستوى الاول ليس بسبب عدم تقدير الدراسات التى تركز على مستوى المجتمع المحلى او الانواع الاخرى من المستويات التصورية ولكنه يرجع الى ان هذا المستوى يتسق اتساقا شديدا مع اتجاه علم الاجتماع الذى يركز على الاحداث والقوى الفاعلة في المجتمع ككل على اساس ان الدراسات التى تنتج من تجنب هذا الاتجاه تقدم اطرا وتوجهات تساعد على دراسة المواقف والمشكلات على المستوى المحلى الاضيق . ويساعد تبني اتجاه المستوى المجتمعى الاكبر ايضا على ان تزداد ثمره الباحث فيستطيع تصور النسق المصحى في مكانه الصحيح داخل اطار النسق المجتمعى العام . ويتضمن هذا الاتجاه النظر الى النسق المصحى على انه نسق يتداخل ويتسابق مع الاتساق الاخرى (مثل النسق التعليمى والاسكانى وما الى ذلك) ، من اجل تحقيق تدرج من الدعم (التقلى المتبادل) . ويمكن من خلال هذه الدراسة التعرف على عدم استقرار توازن هذه الاتساق في مجتمع سريع للتغير .

وينطلق الاتجاه البنائى الوظيفى من منطلق الحاجات الوظيفية للمجتمع : وهى تدرج الاعضاء على ان يؤدوا ادوارهم بطرق تنظيمية متقومة داخل ومن خلال البناء الاجتماعى . ولهذا فان النسق الاجتماعى يعتمد على درجة كبيرة على لاحتياجات والتوقعات الاحصائية للأنتمال التنظيمية التى يقوم بها الافراد ، واذا وضعنا في اعتبارنا الطبيعة البيولوجية والتفسيية فان المرض والعجز والوفيات غير الطبيعية والمبكرة تثقل تهديدا لمتدرج النسق على التليام بوظائفه . لانه من وجهة نظر هذا النسق فان الصحة احد المساهم الاساسية (يأتى في الاهمية بعد الحياة مباشرة) التى لا يمكن الاستغناء عنها حتى على الرغم من وجود المعاناة للشخصية ، وتنوع الطرق التى يسيبها المرض والاصابات وارتباطها بالعجز والوفاة . ولى ضوء ذلك

يمكننا أن نتطرق إلى الطب ، وظهور الادوار الطبية العلاجية والثقافة الصحية كاستجابة اجتماعية ثقافية لهذا التهديد الذي يمكن أن يؤدي إلى العجز . وعلى ذلك فإن المجتمع الحديث وقد أصبح مجتمعا يتميز بالتنوع والتفاوت على المستوى العلى عقد أعطى فرصة لظهور النسق الطبي شديد التميز عن الانساق الأخرى مثل النسق العائلي أو الاقتصادي أو العياشي أو الديني ... الخ . ونظرا لأن النسق الصحي شديد الوضوح وشديد التميز يمكننا أن ندمج إمكانية رسم الحدود التي تميز النسق الصحي ، وأن كانت سوف تظهر لنا بعض المساحات الرمادية التي يرتبط فيها النسق بأقناعات أخرى . وعلى سبيل المثال فإن الصيدلية تعتبر جزءا من النسق الصحي عندما تقوم ببيع الدواء ، أما إذا تضمنت عملية بيع أشياء أخرى مثل السجائر أو غيرها كما يحدث في صيدليات بعض الدول فإن العمل الأخير لا يعتبر جزءا من النسق الصحي ، ولهذا نيجد أن نستطيع تحديد إطار النسق الصحي العام أو الانساق الصحية الفرعية التي تكون هذا النسق الصحي العام فإن المسألة التصورية التي تلي ذلك هي التعرف على المداخلات التي تدعم النسق طالما أن النسق لا يمكن أن يكون في حالة استتلام تام (١٢) .

ويجب أن نشير إلى أن الفوائد التي سوف تجنيها من تبني ما يمكن أن نطلق عليه الاتجاه النظري / التطبيقي في دراستنا للظواهر الصحية لا يمكن أن تنحصر ه ويمكننا أن نأخذ مثلا واحدا يؤكد لنا ضرورة الاهتمام بالجوانب النظرية لهذه الواضع التطبيقي . فنحن نعرف أن علماء الاجتماع يميزون بين مصطلحين : الأول هو الجمع grouping والثاني هو الجماعة group . والجمع يتكون من شخصيتين (أو أكثر) تجمع بينهما (أو بينهم) بعض السمات المشتركة . أما الجماعة فيسود بين أعضائها - بالاضافة إلى السمات المشتركة - بناء للقباعل . وعلى الرغم من أن التفرقة بين المصطلحين يمكن أن تكون صعبة ، فإن بعض النقلة يمكن أن توضح لنا الفرق بين الاثنين . فالنظرة الأولى للجمع توضع لنا أن مجموعة الأفراد ذوي سمات مشتركة وأنهم يهدفون إلى الانضمام إلى كيانات عامة لكي يأخذوا أدوارهم ويعتبروا كعاطلين فيها مثل المظنين أو الموسيقين . وإذا حاولنا أن نتطرق نظرة أعمق يمكن أن نقول أن هؤلاء الأفراد يدركون تفاوت المكانات التي ربما ترتكز على المظهر أو الملابس أو العدوانية في إجراهم الاتصالات ... الخ) . كما يمكن أن ترتكز على اختلاف الاعمال التي تؤدي داخل كل

تجميع . ويمكن أن تكون لديهم أيضا مجموعة من المعتقدات التي تتور حول كيف يجب أن تعمل الجباعة ؟ ، وماذا يجب أن يتردى الأعضاء ؟ ، وإلى أى مرحلة عرية يجب أن ينتهوا ؟ ، وكيف يجب أن يحددوا الأهداف العامة المرغوبة ؟ .

في هذه الحالة يمكن أن ننظر إلى المرضى للرحلة الأولى على أنهم يشكون تجمع يجمع أفرادا يشتركون في بعض السبات . ولكن إذا ظهر الاهتمام بين المرضى بحقوقهم ، وتكونت لديهم معرفة ، وطوروا ببناء القوة الخاص بهم ، فإن كل ذلك يمكن أن يؤدي في المستقبل إلى نمو زعمى المرضى بأوضاعهم المشتركة ، ويؤدي هذا بدوره إلى نمو التفاعلات البنائية بين المرضى . وبهذا يحوّل التجمع إلى جباعة ، ولهذا يمكن دراسة مدى وضوح فكرة البنائية في التفاعل بينهم . وكل هذا يثرى من معرفتنا بالمرضى وأوضاعهم وتفاعلاتهم والنتائج المترتبة على هذا التفاعل سواء فيما بينهم ، أو بينهم وبين غيرهم من أعضاء المهن الطبية الذين يقومون بعلاجهم (١٣) .

وإذا حاولنا أن ننظر إلى واقع علم الاجتماع الطبي الآن فسوف نجد أنه يعكس لنا - ككثير على متسع ويميز - تعدد اهتمامات من عملوا في هذا المجال . وإذا كان من يعملون في مجال الطب من المتخصصين في علم الاجتماع يشتركون في الاعتقاد بأهمية وضرورة التوجه النظري عند دراسة المشكلات الواقعية إلا أنهم يتباينون فيما يتعلق بتوجيهاتهم النظرية في مجال عملهم . فعلى طرف نجد من يحاولون أن يعتبروا أن المجال الطبي والصحة والمرضى هي المجالات التي يمكن أن تكون موضوعا لدراساتهم والتي تسمح لهم باختيار فروضهم حول السلوك الإنساني . وعلى الطرف الآخر هناك أيضا من تدربوا جيدا في مجال الاهتمام بمشكلات طبية خاصة تتعلق بالوقاية أو العلاج ، أو بتحديد الاستخدام الأمثل للموارد الصحية والذين أصبح ارتباطهم بالطب يفوق ارتباطهم بطب الاجتماع . ويرى البعض أن معظم من يعملون في مجال الطب من السوسيولوجيين يحاولون أحداث بعض التوازن بين هذين المجالين . فهم يعملون في المجال الطبي على أنه المجال الذي يتيح لهم فرصة الاسهام في تنمية المعرفة في مجال علم الاجتماع وفي نفس الوقت الاسهام في حل المشكلات الطبية . وربما هذا هو ما دعى ستراوس Straus إلى الطريقة بين علم الاجتماع الطبي Sociology

of medicine
وعلم الاجتماع وعلم الاجتماع في مجال الطب
(١٤) Sociology in medicine .

على أننا يجب أن تنبه في اختصار إلى ما أشار إليه ميكانيك من أن بعض النظريات التي نعمل إليها عن طريق دراسة الوقائع (تلك التي يجب أن تساعد أيضا على فهم الواقع وتوجيه الأفكار فيها) يتعلق بدراسة هذا الواقع (أحيانا تبدو بعيدة جدا عن تفسير الواقع إلى درجة تفقد معها وظيفتها .

الاهتمامات السوسولوجية وموضوعات الدراسة (١٥) :

تخل الموضوعات التي يتطرق إليها علماء الاجتماع الطبي حجم الاهتمامات في هذا المجال ، وهي تشكل الجزء الأكبر من التراث . ولهذا فإن مناقشتنا لهذه الموضوعات سوف تثرى من معرفتنا بماهية علم الاجتماع الطبي . ويتضمن التعرف على الموضوعات المرور بالمقولات الأساسية والمفاهيم العامة المستخدمة في التخصص . ويمكننا تقديم الاهتمامات الرئيسية في شكل موضوعات عامة تتدرج تحت كل منها عديد من الموضوعات الفرعية التي يصعب حصرها .

التاريخ الاجتماعي للطب : لعب الطب دورا اجتماعيا على مدى العصور الطويلة وأدى هذا الدور إلى التأثير في علاقة الإنسان بالمرض . وقد تضمنت كتابات سوسولوجية عديدة أشارات إلى هذا الجانب ، ولخص بالذكر هنا الكتب التي خصصت فصولا لدراسة هذا الموضوع قبل أن تتطرق إلى الموضوعات المعاصرة التي يهتم بها علم الاجتماع الطبي .

الإبعاد الاجتماعية للمرض : ويعتبر هذا الموضوع موضوعا شاملا تفرع تحته مسائل عديدة يمكن تصنيفها إلى العناوين الآتية :

(14) Freeman and others, Op. Cit., pp. 75, 76.

(١٥) إناد المؤلف في أعداد هذا الجزء بالكتب المعينة التي يعتبر كل منها مدخلا في دراسة علم الاجتماع الطبي بحيث شكلت الموضوعات التي عرضت فيها والبحوث التي نشرت على صفحاتها الجزء الأكبر من هذه المسطور ، وخاصة الخمسة عشرة مجالا التي حددها ميكانيك في كتابه علم الاجتماع الطبي . انظر :

David. Mechanic, Medical Sociology. A Selective View, The Free Press, New York, pp. 1-11.

أ — التوزيع الاجتماعي للمرض ، بمعنى انتشار الأمراض بين فئات اجتماعية معينة .

ب — العوامل والأسباب الاجتماعية للمرض .

ج — المظاهر والمصاحبات الاجتماعية للأمراض .

د — الآثار الاجتماعية المتفاوتة الناتجة عن الإصابة بمرض أو آخر .

لقد عرف كثير من علماء الاجتماع الطبي أنفسهم على أنهم متخصصين في الدراسة الاجتماعية لوجود المرض . لهذا ركزوا دراساتهم على توزيع المرض وتوزيع الخدمة الصحية ، والأسباب المؤدية إلى الإصابة بالأمراض مثل الأمراض العقلية والمرطبان وأمراض القلب . ويوضح لنا التراث المتوفر في هذا المجال الاهتمام بمختلف الأمراض المزمنة وإن كانت الأمراض النفسية والعممية قد احتلت مكان الممدارة في اهتمامات الأطباء .

وقد درس علماء الاجتماع التوزيع الاجتماعي للأمراض في مجتمعات مختلفة ، فدرسوا أمراض المجتمعات ما قبل الزراعية ، وأمراض المجتمعات الزراعية ثم أمراض المجتمعات الصناعية الحديثة . وقدوا تسيرات عديدة للتغيرات التي تحدث في خريطة انتشار المرض ، فقد اهتموا مثلاً بتغير نسبة انتشار الأمراض وعلاقتها بالعوامل الاجتماعية في المجتمع الحديث .

أما موضوع الأسباب الاجتماعية للأمراض فقد ارتبط ارتباطاً شديداً بدراسة الأمراض النفسجسدية Psychosomatic diseases فقد وجدوا أن هناك أسباباً اجتماعية ونفسية للمرض العضوي ، ذلك أن الضغوط والتوترات التي يحدثها التغير الاجتماعي والموت الذي يؤدي إلى الحرمان من الوالدين والعمل ، تؤدي إلى تضرر الناس للأمراض . كما اتضح أن طبيعة بعض الانساق الاجتماعية تؤدي إلى نفس النتيجة .

ولعل أهم المصاحبات الاجتماعية للأمراض ما يتعلق بالمفهوم السائد عن المرض ، ومحددات هذا المفهوم ، ثم تغير مفاهيم المرض بفعل عوامل اجتماعية . فهناك مفهوماً اجتماعياً سائداً لمعنى الصداع . أو الانبان . كما أن الناس بسبب عوامل اجتماعية يتبنى مفاهيم مختلفة عن المرض . وتعتبر المعتقدات التي تسود لدى جماعة بشرية معينة عن المرض هي أحد هذه المحددات :

وتؤدي التغيرات التي تسود في المجتمع الى تغير منساهيم المرض .
وببدأ علماء الاجتماع الطبى في تتبع هذا الموضوع من مراحل تاريخية قديمة
فيدرسون المعتقدات السائدة حول مرض معين في اطار تاريخى يبدأ من
المجتمعات القديمة الى المجتمعات المعاصرة .

والملاحظة العامة التي يجب أن نضعها في أذهاننا عند مطالعة التراث
المتعلق بالبعد الاجتماعي للأمراض هي أن علماء الاجتماع قد استندوا الى
المفاهيم العامة السائدة في العلم الأم وحاولوا أن يجعلوا منها اطارا مرجعيا
يرجحه اهتماماتهم ويلون لغتهم التي تكلموا بها الى التلويح المتخصص في
الاجتماع أو في الطب على الصلوة . وقد أدى هذا الى أن ينظروا الى مجال
الطب والعلاج بصفة عامة على أنه المجال الذي يتميز بطابع اجتماعى .
وسوف نحاول هنا أن نقدم نبذة لهذه المفاهيم التي كانت مؤثرة عليهم في
اختيار الموضوعات التي درسوها .

أدى الاهتمام السائد في علم الاجتماع بدراسة السكان وعملاته
لفطاهر السكانية بالاقتصاد الى نمو دراسات الاقتصاد والسكان
والصحة ، لقد درس علماء الاجتماع العلاقة بين هذه المتغيرات في المجتمعات
الصناعية والزراعية والرومية . ويتضمن ذلك دراسة التغيرات التي
تحدث في هذه للمجتمعات وأثرها على الصحة . وقد تبنى البعض تصنيفا
متبعا للأمراض التي تنتشر في هذه المجتمعات ، فقد قسموها الى أمراض
تهيل الى الاختفاء ثم أمراض يلفتة ومستترة و فترة معينة ، وأمراض تقاوم
لتغير ، ثم الأمراض الحديثة .

وقد اهتم علماء الاجتماع الذين تلقوا تدريبا في مجال الديموجرافيا
بموضوع دراسة حالات الوفاة ونسب الوفيات . ويشكل اهتمام علماء
الاجتماع الطبى بهذا المجال جزءا من الاهتمام الواسع بهذا الموضوع . فقد
اهتموا بتغير انماط الوفاة ، وتأثير العوامل الاجتماعية على نسبة الوفاة .
وهم يهتمون الآن بادخال النظم والمؤسسات الطبية المختلفة وأثرها على
التغيرات التي تحدث في المرض والوفاة . وأهم المتغيرات الاجتماعية التي
تم دراسة علاقتها بنسبة الوفيات هي السن والجنس والسلالة والمكانة
الاجتماعية الاقتصادية .

وتد كان مفهوم الحراك الاجتماعى وما يتعلق به من جوانب نظرية
وتطبيقية مثيرا لدراسات تحاول الربط بين الحراك الاجتماعى والصحة
والمرض كالحراك الاجتماعى أصبح ظاهرة تميز المجتمع الحديث فالانفراد

ينثرون أعمالهم وعلاقتهم وأماكن اتابهم ، وينتقلون من طبعة الى أخرى
ومن مستوى وظيفى أو تعليمى الى آخر ... وهكذا .

ويرى العلماء الاجتماعيين أن الحراك الاجتماعى يؤثر فى انتشار
الامراض ، وتشير الامراض الى الحركة الاجتماعية . فكثير من الامراض
انتشرت من شعب الى آخر بسبب الاتصال والحركة الاجتماعية للجماعات
البشرية .

ويرى من تخصصوا فى علم الوبئة أن حركة انتشار الامراض بين
الجماعات البشرية تخلق ما يتعلق بالنظرية والعمل . فالنوزيع المتساوى
للأمراض يحتاج الى تفسير ، ويشكل أساس الكثير من النروض من أسباب
المرض . وفى نفس الوقت تشير التباينات فى هذا المجال الى امكانيات
الوقاية ومنع المرض ، وتحدد أى الجماعات البشرية تحتاج الى العلاج
والى الرعاية الصحية (١٦) .

لما دراسة الطبقات الاجتماعية كموضوع جاد من موضوعات الدراسة
فى علم الاجتماع اليوم فقد استحوذ على اهتمام بعض علماء الاجتماع الطبي
تقدموا فى هذا الموضوع دراسات تشير الى تنوع الامراض وتنوع المستويات
الصحية بتنوع الطبقات المختلفة . ندرسوا على سبيل المثال الامراض التى
ترتبط بالاغنياء وتلك التى ترتبط بالفقر . وركزوا على تغير أنماط الامراض
بناء على تغير العلاقات الاجتماعية بين الطبقات المختلفة .

وتعد دراسات علم الاجتماع الطبي فى مجال تأثير الوجود الطبقي على
الجانب الصحى الى الاهتمام بالمعالين فى المهن الطبية - وخاصة الاطباء ،
وتوزيعاتهم الطبقيّة . فقد اتضح مثلاً أن التعرف على الانتباه الطبقي والنشأة
الاجتماعية من المسائل الهامة التى يجب التعرف عليها قبل اختيار الاطباء
المنسبين لذلك مهم معينة .

الاسرة والصحة والمرضى :

ويدرس علم الاجتماع الطبي الظواهر الاسرية وعلاقتها بالصحة
والمرض ، فيدرس على سبيل المثال تأثير الزواج والاسرة على حدوث المرض
واسفواره أو الوقاية منه .

كما يدرس أيضا علم الاجتماع الطبى دورة حياة الأسرة الإنسانية .
ويتبنى هذا الموضوع من خلال النظر الى الأمرة كبناء اجتماعى ونيولوجى
أيضا . وعلى أن هناك تداخلا كبيرا بين الاعتبارات الاجتماعية والجوانب
البيزيقية .

ويقسم الكتاب دورة حياة الأسرة الى عدة مراحل ، تبدأ بمرحلة
التوسع أو الامتداد وتبدأ من الزواج وتنتهى الى أن يصل الإنشاء الى سن
النضوج . ثم مرحلة التثنت وتبدأ من مرحلة بلوغ الإنشاء من النضوج
وحصولهم على حقهم فى الاستقلال عن المنزل . وتستمر الى أن يتم ذلك .
ثم مرحلة الاستقلال ، وتبدأ عندما يترك جميع الإنشاء (للزول ويستقلوا ويعود
الاب والام ليعيشا وحدهما مرة أخرى . ثم مرحلة النهاية والاحلال وهى
تبدأ من ترك الوالدين لادوارهما المهنية واحالتهم الى المعاش الى وقت
وفاة كل منهما .

ومن خلال دراسة دورة حياة الأسرة يتم التركيز على موضوعات عديدة
مثل انواع الزواج ، والادوار ، الزوجية ، والطلاق ... الخ .

الاهتمام للصحية لقضايا السن والجنس :

اهتم علماء الاجتماع الطبى بدراسة البعد الصحى للقضايا الاجتماعية
كما تنقسم الى فئات عمرية وجناعات جنس (ذكور واناث) . وعلى سبيل
المثال فقد حظى موضوع **مراحل النمو** باهتمام المتخصصين فى علم الاجتماع
الطبى . ويرتكز هذا الاهتمام على أنه اذا كانت هناك تشابهات شديدة فى
نسب النمو الجسمى بين البشر جميعا ، واذا كانت لكل انسان نفس
الحاجات البيولوجية ، الا أن طرق اشباعها يخضع لبيئات بيئية متفاوتة .
ويدرس المتخصصون فى هذا المجال العلاقة بين بناء الأسرة وبين نمو بعض
الامراض . ومن الطبيعى أن تركز الدراسة فى هذا المجال على مراحل
النمو التى تبدأ من الطفولة ، فتدرس مثلا امراض الاطفال وعلاقتها بالبيئة
والمبيئة والأسرة ، ثم الاطفال المعوقين ، ونظم الاتجاب وعلاقتها بحجم
الأسرة . ثم تأتي بعدها مرحلة البلوغ وهى التى تبدأ من سن البلوغ الى
اكتمال النضوج والاستقلال . ويدرسون فيها علاقة الفرد بالأسرة وجناعات
المرافق ، وأثر الاختلاف بين الجنسين على السلوك ، والسلوك الجنسى
وعلاقتها بالبناء الاجتماعى وما الى ذلك من موضوعات .

ويهتم علم الاجتماع الطبى أيضا بمرحلة الشيخوخة ، فيدرس طبيعة
هذه المرحلة ، والامراض الخاصة بكبار السن ، ثم المشكلات الاجتماعية

التي تتعلق بهم - وينصب التركيز أيضا في دراسات علم الاجتماع الطبي اثر الشهيرة والأمراض المرتبطة بها على اعتقاد المسن على غيره من الناس ، وطهوز أشكال متنوعة من الاحالة في المجتمعات المختلفة . كما يركز على اثر الاحالة الى المعاش على المسنين ، وعزلة المسنين ، وهرماتهم من الآخرين .

أما الاهتمام بدراسة أبعاد الصحة لدى الذكور والإناث فقد وضع في أعمال كثيرة تأخذ منها على سبيل المثال المقال الذي نشر بعنوان « لماذا يعيش النساء عمرا أطول من الرجال » الوارد في كتاب فيفيد بيكاتيك « دراسات في علم الاجتماع الطبي » فقد نوقشت في هذا المقال قضايا أظهرتها الأبحاث والتجارب الطبية عن طول عمر النساء عن الرجال والعوامل المؤدية الى هذه النتيجة (١٧) : كما حاولت دراسات أخرى التعرف على الأبعاد الصحية للمرأة ، فتمرقوا على نسب انتشار الأمراض والوفيات بالنسبة للنساء . كما درسوا مشكلات خاصة بالمرأة مثل تصور النساء عن أنفسهن أكثر قلما وأكثر عرضة للمرض عن الرجال واثار ذلك على تلميظهن للأمراض والأمراض النفسية . ودرسوا الأبعاد الاجتماعية للظواهر الفسيولوجية التي تنسرد بها المرأة دون الرجل ، مثل الحمل والولادة والإجهاض . كما عالجا موضوع عمل المرأة في المجالات الصحية ، فاجريت مثلا دراسات عن المرأة كطبيبة .

الثقافة والصحة :

يتطرق أيضا علم الاجتماع الطبي الى دراسة العلاقة بين الثقافة والصحة . فيدرس على سبيل المثال علاقة القمية وأنماط التفكير بالسلوك المرضي . والاتصال بين الطبيب والمريض كثقافة متممة . وتركز على العلاقة المباشرة بين الثقافة وانتشار مرض معين . كما تركز أيضا على ثلاثة مفاهيم رئيسية ترتبط ببعضها هي الثقافة والشخصية والأمراض

ويتبنى علم الاجتماع الطبي في دراسته للثقافة والصحة وجهة نظر تؤامها ان تكرار حدوث المرض والشكل الذي يتبدى فيه له بعده الثقافي . وأن هناك ضرورة لدراسة أنماط الصحة والشخصية في المجتمعات الصناعية المتعددة ذات الثقافات المتنوعة . لدرجة اننا يجب أن ندرس ما

(17) David Mechanic, Readings in Medical Sociology, The Free Press, New York, pp. 98-107.

يسس « ثبات الصحة والشخصية » في هذه المجتمعات . ولا نتوقع أن تتنوع هذه الأنماط بتنوع المجتمعات فقط ، بل أنها تتنوع بتنوع الجماعات داخل المجتمع الواحد (١٨) .

ويدرس المهتمون أيضاً بالمسائل الثانوية ردود الفعل الثقافية والاجتماعية للمرض واستجابات الناس لأعراض الأمراض . ويحرص من يهتمون بهذا الجانب على تحقيق أفضل فهم للسلوك المرضي وذلك من طريق فهم واستيعاب الاختلافات الثقافية . ويهتمون أيضاً بفهم « الصحة الجيدة » السائد ، وبرعاية الإنسان لنفسه ثم للمعيار التي تؤثر في تقدمه على الإفادة من الرعاية الصحية التي تقدم له .

السياسة العامة والسياسة الصحية :

ترتبط السياسة العامة للدولة بالسياسة الصحية بها . ومن المعروف أن ظهور وتطور أساليب الرعاية الصحية في الدولة يرتبط بأجهزة حكومية بالإضافة إلى الهيئات التطوعية وجهود الأفراد . وقد أدرك علماء الاجتماع أن دراسة سياسة الدولة العامة دراسة جيدة يؤدي إلى فهم واقعي لطبيعة الانساق والنظم والسياسات الصحية . وقد اتجه بعض الطلبة إلى دراسة موضوع حيوي وهو المحددات التي تتحكم في المستويات الصحية في دول العالم المختلفة ، وبهذا في هذا المجال تلك المحددات الخاصة بالمجتمعات القبلية . وقد بدت أهمية دراسة هذا الموضوع في مجال علم الاجتماع الطبي بعد أن تنبأت النظرة إلى هذه المحددات وأصبحت تتجه إلى مزيد من اعتبار الجوانب الاجتماعية . فبمقدور أن كان التركيز منصبا على أهمية المشكلات الطبية أو أهمية تقديم خدمات صحية فقد تحول إلى التركيز على كيفية تقديمها ، كما ظهر أيضا الاهتمام بالخدمات الاجتماعية المرتبطة بالجانب الصحي (مثل توفير المياه النظيفة) وتعزيز الصحة والتعليم) ، بل ذهبوا إلى ضرورة الاهتمام بموايل تشمل من ذلك مثل التغذية والامساك ومستوى الدخل وصحة عامة ، وأكدوا أن هذه العوامل عوامل سببية مؤثرة في المستوى الصحي . لقد كانت رعاية الأهمية النسبية لكل عامل من هذه الموايل في وضع السياسات الصحية سبباً في نجاح السياسات الصحية (١٩) .

(18) Susser M.W. and Watson W. Op. Cit. p. 82

(19) Cumper G.E. Determinants of Health Levels in Developing Countries, (R.G.P.), John Wiley & Sons Inc., New York, 1984, p. 2.

الابعاد الاجتماعية للرعاية الصحية :

يهتم كل مجتمع بتقديم الرعاية الصحية لآفرادة في أشكال متعددة ،
فمنها ما يقدم على مستوى المجتمع ككل ، ومنها ما يقدم على مستوى المجتمع
للعلى وهناك ما يقدم عن طريق المؤسسات الطبية . ويهتم عريقا من علماء
الاجتماع بدراسة الابعاد الاجتماعية للرعاية الصحية . وهم يركزون في
ذلك بمسبة أساسية على تضاميا سوسيوولوجية دلتل المجال الطبى مثل
علاقة الطبيب بالمريض ، والدور الاجتماعى لكل من الطبيب والمريض
والانتمال والتأثير . ويعد ما كتبه بارسوتز Parsons عن دور المريض
والعلاقة المهنية مع المريض من أهم الكتابات الراقدة في هذا المجال .

دراسة المهن العلاجية :

تزايد الاهتمام في الآونة الأخيرة بدراسة المهن العلاجية حتى أنه
أصبح يوجد الآن ما يمكن أن نطلق عليه علم اجتماع المهن العلاجية .
ويدرس هذا الفرع المهن التي تقوم بالعلاج سواء كانت رسمية أو غير
رسمية . وترتبط هذه الدراسة بالفرع الذى يسمى علم اجتماع المهن
الذى يدرس المهن والحرف في المجتمع ، ذلك الفرع الذى يهتم بالتنظيم
الاجتماعى والعلاقات الاجتماعية بين الجماعات المهنية والحرية . والما
كانت الدراسات التي أجريت على مهنة التمريض تعتبر دراسات مكثفة فإن
هناك تزايدا في الدراسات التي تتعلق بمهنة الطب ، وإدارة المستشفيات
والمجبرائية ، ومن يقومون بعلاج الأقدام وغيرهم . وقد درس المتخصصون
في هذه الجماعات المهنية موضوعات اجتماعية عديدة مثل التنشئة
الاجتماعية والهوية والتسدرج والتخصص والإيديولوجيا وعملية تجنيد
الأشخاص للعمل في المهنة .

التعليم الطبى :

أصبحت دراسة أساليب ونظم التعليم الطبى والعمل على تقييمها
من الدراسات السوسيوولوجية الهامة اليوم . ويرتبط هذا المجال بالاهتمامات
السوسيوولوجية التقليدية التي تركز على التنشئة الاجتماعية المستمرة
والتعليم المهنى . ويمتيز كتاب ميرتون Merton وزملاؤه المعنون « طالب
الطب » ، وكتاب بيكر Beker وزملاؤه « الطلبة ذوي المعطبات الإيهى »
من أهم الكتب في هذا الميدان . وقد اهتم الدارسون في هذا المجال بموضوعات
عديدة مثل اختيار التخصص الدقيق ، وتكوين الجامعات طلبة الطب ، والقيم

الاجتماعية ، وكيفية مواجهة المخاوف التهديدية التي تحدث أثناء التصليم الطبي (مثل تعلم كيفية التصرف في حالة موت المريض) - والدخول في مهنة الطب ، ثم التعليم الطبي بصفة عامة .

المعهد التنظيمي في الممارسة الطبية :

لعل مجال علم اجتماع التنظيم بما يحتوى عليه من مفاهيم ونظريات هو الذى أسهم بدور ادى الى تطرق علم الاجتماع الطبي الى دراسة الجوانب التنظيمية والبيروقراطية في ممارسة الطب .

ويدرس علم الاجتماع الطبي طبيعة السلطة في التنظيمات الطبية . كما يدرس التنظيمات الطبية ذاتها - يدرس على سبيل المثال المستشفى كنظام ادارى يتضمن تدرا من العلاقات التنظيمية القانونية بين مختلف من يقومون بأداء الخدمة الصحية ، وبينهم وبين مرضاهم . ويركز العلم في هذا الجانب على مدى فهم المؤسسة الطبية - كنظام - بوظيفتها ، ثم جوانب الخلل في الاداء الوظيفي . ويركز ايضا على المكتاة والقور والسلطة . يدرس تسلسل مكات الاطباء وعلاقة ذلك بنسق السلطة ، وتسلسل اصدار الاوامر . ويدرس نفس هذه الابعاد أيضا فيما يتعلق بمهنة التمريض .

وقد تكون جسم مكيف من الدراسات السوسولوجية للمؤسسات الطبية وخاصة دراسة المستشفيات حتى أنه يمكن أيضا أن يقال أن هناك ما يسمى بعلم اجتماع المستشفيات . وينظر علماء الاجتماع الى المستشفى على أنها أحد الابنية التنظيمية ، ويهتمون في دراستها بنمو التكنولوجيا وتطور البيروقراطية ، والمناسبات وعلاقات القوة بين أبناء المهنة . ويهتمون أيضا باتخاذ القرار وتقسيم العمل والمركزية داخل المستشفى . وقد اهتموا على وجه الخصوص في مستشفيات الصحة النفسية بدراسة العلاقات الإنسانية وخطوط الاتصال والاثار المترتبة على نوعية التنظيم على المرضى وعيائهم . ويهتم الدارس في علم الاجتماع أيضا بأنماط الرعاية الصحية داخل المستشفيات وآثر المفاهيم والصورات السائدة لدى فريق المستشفى على رعاية المرضى . كما يهتم أيضا بالانحراف الاجتماعي والنفسية للانتماء بالمستشفى مثل حدوث توترات أو اجباطات لبعض المرضى .

كذلك اهتمت دراسات سوسولوجية بتنظيمات الرعاية الصحية في المجتمع المحلي . وتركز الدراسة في هذا المجال على تطور العلاقات بين الهيئات والمنظمات الصحية في المجتمع سواء كانت هيئات عامة أو خاصة .

ويهتم هذا المجال بالتعرف على كيفية تداخل الاهداف والبرامج الاجتماعية للمنظمات المختلفة . كما تهتم بالاتفاقيات وأشكال المنافسة فيما يتعلق بتوزيع الأنشطة . بالإضافة الى دراسة الطريقة التي تنشأ بها هذه المنظمات وكيفية تغير طبيعتها واختصاصاتها ثم كيفية توزيعها لمواردها .

وقد أدى تزايد انشطة المنظمات والهيئات التي تقوم بالترقية الصحية في المجتمع الى الحاجة الى تقويم دور هذه الهيئات وتقويم المشروعات التي تقوم بها . وقد أدى هذا الى ظهور دراسات تشرح عملية التقويم ، كما ظهرت دراسات اخرى هي عبارة عن دراسات تقويمية للمشروعات التي تهدف الى تحسين الاوضاع الصحية في مجتمع من المجتمعات . وقد أسهم في هذا النوع من الدراسات من يعملون في المجال الاجتماعي ومن يعملون في المجال الصحي على السواء . وتضمنت الدراسات والبحوث النظرية المتعلقة بالتقويم ما يمكن ان يكون مرشدا للعمل في هذا المجال . وعلى سبيل المثال فقد أشار ادولرد ديمينج E. Deming في مقاله « منطق التقويم » الى تعريف عملية التقويم ، والى الحاجة الى وجود تعريفات محددة للمصطلحات ، كما أشار الى المتطلبات الأساسية التي تساعد على الوصول الى أسلوب فعال للتقويم وغير ذلك من الموضوعات (٢٠) .

دور النوسولوجي في المجال الطبي :

يحاول المتخصص في علم الاجتماع الطبي الالتزام بهمتين أثناء عمله في هذا التخصص ، المهمة الاولى هي الاسهام في نمو هذا الفرع الجديد . والمهمة الثانية هي خدمة قطاع الصحة . ولهذا فهو يجب ان يمي النظريات الاجتماعية وأن يستخدم أساليب البحث السائدة في العلوم الاجتماعية .

وعلى الرغم من ذلك فان العمل في مجال علم الاجتماع الطبي يختلف من بعض الوجوه عن العمل في مروع علم الاجتماع الاخرى . فنظرا لان هناك تضايكا كثيرة تتعلق بالخدمة الصحية فان الباحث في هذا التخصص يجسد نفسه يتطرق الى موضوعات مثل تلك التي يبحثها رجل الاقتصاد والقيام ببحوث العمليات ومحلل الانساق . ويتزايد الميل الان الى أن تتكامل البحوث الاجتماعية في هذا المجال مع بحوث الاقتصادى ومحلل الانساق .

(20) Elmer L. Stanning and Marica Guttentag, Handbook of Evaluation Research, Vol. 1. SAGE Publications, London, 1975, pp. 53-68.

والاتجاه الآن ينحاز نحو تحسين كفاءة العلاج الموجود أكثر مما ينحاز الى البحث عن اجراءات جديدة بحثا عن فعالية أكثر . أما بالنسبة للرعاية الصحية طويلة المدى في البيئات المختلفة فينتج الاهتمام الأول اليوم الى تعديل بيئة الرعاية الصحية للاقلال من التكلفة والاقبال من استخدام المهنيين الصحيين . ونحن نجد أن علم الاجتماع الطبي يتجه اليوم الى أن يتضمن ابعادا اقتصادية أكثر مما كان في البداية . وإذا كانت بعض جذور علم الاجتماع تعتبر جذورا مشتركة مع علم الاقتصاد فإن المستقبل مسوف يشهد تزاوجا أكثر كثافة بين علم الاجتماع الطبي والمناهج الاقتصادية .

ويحتاج السوسيوولوجي الذي يعمل في مجال الطب الى قدر من الاندماج في المناخ الطبي يساعده على تكوين ممرنة واقعية صانعة من المجال ، وهو حق يجب أن يمنحه له من يعملون في المجال الطبي قبل أن يبدأ عمله الاجتماعي لكي يؤدي مهمته على نحو صحيح . ويرتبط بهذه النقطة ضرورة توفر حد أدنى من الاقتراب من الاشخاص الذين يعملون في مجال الطب والارتباط بهم اذ أن ذلك سوف يسمح له بالتعرف على وجهات نظرهم الثقافية ومبهم العميق للمجال الذي يعملون به فيما يتعلق بالمسائل والمشكلات الطبية التي يقوم بدراساتها فكثير من السوسيوولوجيين يجرون بحوثهم خلال الملاحظة والمشاركة ، ويحتاجون الى جانب ذلك الى التعرف على وجهات نظر الأطباء وغيرهم من أعضاء المهن الطبية نظرا لان اندماج السوسيوولوجي في البيئة الصحية وتوحيده الشديد مع المجال يجعل جمعه للمعلومات — في بعض الاحيان — صعبا ، كما أنه يحد من حريته في كتابة التقارير .

والسوسيوولوجي الناجح هو الذي يستطيع أن يرى في الموضوعات الطبية بعدها السوسيوولوجي ، وأن يرد الظواهر الى أصلها الاجتماعي ، وأن يمتدح الى منظور سوسيوولوجي للقضايا التي تهمش عليه . لك أن السوسيوولوجي الذي يتميز بحساسية معينة يمكن أن يصل بسرعة الى البعد السوسيوولوجي حتى بالنسبة لهذه المشكلات ذات الطابع الطبي البحث . ولكن يجب أن ندرك أيضا ان السوسيوولوجي الذي يستحضر في ذهنه أطرا تصويرية عديمة الفائدة أثناء تناوله للقضايا الطبية سوف يضيع الكثير من الوقت والجهد .

ويجب أن ندرك أن قبول السوسيوولوجي في الاوساط الطبية يمر عبر هدفين يجب أن يسمى السوسيوولوجي نفسه الى تحقيقه بنجاح . فهو يمكنه عن طريق هذا القبول أن يحصل على دعم خارجي مادي ومعنوي

لأجله بحوقه ودراساته . ذلك أن المنح التي تقدم للاجتماعيين تنظرها وتقرها هيئات يكون الجانب الطبي ممثلا فيها بنسبة كبيرة (٢١) .

خاتمة :

انتبهنا من المناقشة السابقة الى أن الطب لا يعبر فقط أحد العلوم التي لها الطابع الاجتماعي ، ولكنه يحوى أيضا جسيما للمعلومات والأساليب البحثية . وهو بصفة جزئية علم . وهو من ناحية أخرى فن . وهو يعتبر أيضا أحد الأنظمة الاجتماعية التي لا يمكن نبها بكلمة إذا استبعدنا جوانب النظام الاجتماعية . وحتى إذا كانت بعض أنظمة التعليم الطبي مازالت تتجاهل تماما هذا الجانب في عملية التعليم الرسمي ، إلا أن ممارس الطب يدرك جيدا عند ممارسته للطب وفي خضم الخبرة الأكاديمية هذه الأبعاد الاجتماعية ويمعها ويتعامل معها (٢٢) . ولهذا فإن مجال علم الاجتماع الطبي مازال - وسوف يظل - شديد الأهمية بالنسبة لممارس الطب .

ولكن على من يعملون في مجال علم الاجتماع الطبي أن يدركوا أن تخصصهم - والجهود التي بذلت فيه - مازال في حاجة الى تقييم . فنحن لا نعرف مثلا كيف يعمل معظم الأشخاص في المجالات الطبية المختلفة إلا لم يحاول المتخصصون في علم الاجتماع تقييم مهلم في المجال الطبي بجدية . ومازالت هناك حاجة الى دراسة منظمة للنمو الذي يحدث في مجال علم الاجتماع الطبي يوما بيوم . وعلى الرغم من توفر جسم هائل للمعلومات لأن - كما أشرنا قبل ذلك - ألا أننا مازلنا في حاجة الى جهود عديدة . وعلى سبيل المثال :

هناك حاجة الى أن يتوازي العمل في علم الاجتماع الطبي مع العمل في الفروع الأخرى لعلم الاجتماع . فلا بد أن تحدث مقابلة واستفادة بين ما تم اتجاذه في هذا الفرع ، وما يتم اتجاذه في الفروع الأخرى . ويجب أن يتم نفس الأمر بين علماء الاجتماع الطبي وبين علماء الطب ومن يمارسون الرعاية الطبية لكي تكون الافادة كاملة (٢٣) .

(21) Freeman and Others, Op. Cit., pp. 476-478.

(22) Ralf Hingson and Others, in *Sickness and in Health, Social Dimensions of Medical Care*, The C.V. Mosby Company, London, 1981, p. 9.

(23) Freeman and Others, Op. Cit., p. 472.

وهناك حاجة أيضا الى ان نتطرق الى موضوعات جديدة يتم علاجها في مجال هذا التخصص . نحتاج حاجة مثلا الى دراسة الاسباب التي تؤدي الى الموت المبكر . والمسائل المتعلقة بالالام ، وتأثير ضغوط الحياة على المسحة ، والنماذج المتنوعة للتفاعل بين المريض والطبيب ، وبسالة الاولويات في تقديم الرعاية الصحية وفي اجراء البحوث (٢٤) . وعلى الرغم من معالجة كثير من الموضوعات في كتبه الاجتماع الطبي ، فان المستقبل سوف يفرز لنا موضوعات أخرى ، بينما سوف تظل موضوعات اليوم أيضا حورا للاهتمام .

ونحن نحتاج أيضا ان نكون أكثر وضوحا بالنسبة لمن يعملون في مجال الطبي . فغالبا ما يجد الكثير من الاطباء ومن يعملون في مجال التعليم الطبي اليوم صعوبة في فهم ما يقوم علماء الاجتماع بدراسته في المجال الطبي . وذلك برغم مرور قرن من الزمان على اعلان « فرشوا » بان الطب يعتمد بشابة علم اجتماعي (٢٥) . وربما يرجع ذلك الى أن علماء الاجتماع لا يفرقون بين ما يكتبونه للتخصص في علم الاجتماع وما يكتبونه لمن يعملون في المجال الطبي ، الامر الذي سوف تناقشه في موضع آخر . لهذا فان تقريرا على كيفية الالتقاء بين يعملون في المجال الطبي ، وتدريب آخر على كيفية تناول المظاهر الطبية ، وتدريب ثالثا على كيفية الكتابة في هذه المسائل لابد أن يطلعاه من يعملون في هذا المجال من المتخصصين في علم الاجتماع الطبي .

ان الاهتمام بعلم الاجتماع الطبي بدأ يظهر في مجتمعاتنا العربي بصلة عامة ، وفي مجتمعاتنا المصري بصلة خاصة . وينتظر من يعملون في هذا المجال أن يقدموا اساهلتا يساعد على حل مشكلات المجتمع الصحية . ولكن سوف يتوقف كل ذلك على مدى الاجتهاد والجدية التي يظهرها من تخصصوا في هذا المجال بجانب المناهضة في العمل على حل مشكلات العمل في المجال الطبي .. وهي معقدة .

(٢٤) أنظر مزيد من التفصيلات عن هذه الموضوعات في المرجع الآتي :
Emily Mumford , Medical Sociology » Patients, Providers and
pofices. Random House, New York, 1983, pp. 508-715.

(٢٥) محمد علي وآخرون « دراسات في علم الاجتماع الطبي ، دار
المعرفة الجامعية ، الاسكندرية سنة ١٩٨٤ ، ص ٤٣ .

الفصل الثانى

الأنثروبولوجيا الطبية

الأنثروبولوجيا الطبية هى ذلك الفرع من نروع الأنثروبولوجيا العامة الذى يهتم بدراسة الظواهر الاجتماعية والثقافية وعلاقتها بالصحة والمرض. نهى تدرس أساليب الشعوب والجماعات البشرية التى تعكس اهتمامها المستمر فى كل بقاع الأرض بالحفاظ على الصحة ومقاومة الأمراض . وتظهر أهمية هذا التخصص أيضا عندما نمرف أن الناس برغم محاولاتهم لتجنب الإصابة بالمرض - يصابون بالأمراض بسبب أفعالهم ونتيجة لبعض أنواع السلوك التى يأتونها (١) .

وتختلف الأنثروبولوجيا الطبية عن فرعين آخرين من نروع الأنثروبولوجيا العامة ، وهما الأنثروبولوجيا الفيزيائية أو الطبيعية Physical Anthropology والأنثروبولوجيا جسم الإنسان of the Body . والأنثروبولوجيا الفيزيائية تهتم بهجال محدد هو تأثير المجتمع والثقافة على الملامح التشريحية والخصائص الجسمية للشعوب . نهتم بتأثير الغذاء والمناخ وعوامل البيئة المختلفة على الصحة (٢) . ولتقسم الدراسة فى الأنثروبولوجيا الطبيعية الى قسمين رئيسيين هما : دراسة نشأة وتطور الكائنات البشرية ، ثم دراسة الاختلافات الفيزيائية بين

(١) لمزيد من التفاصيل عن الأنثروبولوجيا الطبية انظر : د. نيبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر . مقال منشور فى الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، اشراف الدكتور محمد الجوهري ، المعداد الثالث ، دار المعارف ، القاهرة ، أكتوبر سنة ١٩٨٢ ، صفحات : ١٩ - ١٠٠ . ويتضمن المقال محاولة للتعريف بهجال الأنثروبولوجيا الطبية وأهم الامساهمات التى تمت فى المجال ، وموضوعات الدراسة ، وطبيعة التوجيه النظرى ، وعلاقة الأنثروبولوجيا الطبية بعلم الاجتماع الطبى ، ومشكلات المنهج ، ثم دور الأنثروبولوجيا الطبية فى خدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر .

(2) Harvey Branner, Op. Cit., p. 5.

الاجناس (٢) . أما الأنثروبولوجيا جسم الانسان فهي تهتم بدراسة المعنى الاجتماعي المرتبط بالجسم الانساني وبأعضائه وبحركته ، كما تهتم بملاقة هذا الجسم — كظاهرة طبيعية — بالواقع الاجتماعي . ويتضمن ذلك الجانب الرمزي المتعلق بإيجاد الجسم ، واختلاف السلوك التصبري باستخدام أعضاء الجسم من ثقافة إلى أخرى ، والدلالات والمفاتيح التي ترتبط بأجزاء الجسم ، واستخدام أجزاء ومظفلات الجسم في الاعمال الطقوسية ... الخ (٤) . ويضع لنا من هذا العرض تحديد الاختصار لموضوع كل فرع من الفروع الثلاثة أن كل منها يتميز بتركيز على جوانبه لا يركز عليها الفرع الآخر — أي أنه يتميز باستقلال موضوعاته — وفي نفس الوقت يمكن أن تكون هذه الفروع الثلاثة متصالوة بحيث أن ما يزودنا به احدها من معلومات ونتائج يمكن أن يلقى ضوءاً على أحد الأبعاد التي تدور حولها ما هم يعملون في الفرعين الآخرين . وبعبارة أخرى فإن الأنثروبولوجيا الطبية ليست مرادفة للأنثروبولوجيا الطبيعية ، ولا هي أيضاً تسمية جديدة للأنثروبولوجيا جسم الانسان ، ولكنها تمثل فرعاً علمياً مستقلاً عن كل منهما وإن كانت متألوة معها . وإذا كان هذا الفصل سيوضح لنا مدى استقلال الأنثروبولوجيا الطبية بموضوعاتها المميزة ، إلا أن القارئ الذي يستطيع أن يطالع مزيد من التفاصيل من هذه الفروع الثلاثة — الامر الذي لا نستطيع ايفاحه في هذا النطاق الضيق — سوف يلمس أوجه الاستقلال والتمازج للفروع الثلاثة .

وإذا كانت الأنثروبولوجيا الطبية تهتم بالجوانب النظرية لاثناها تحوى ضمن اهتماماتها تركيزاً على الجوانب التطبيقية أيضاً . وأهم الجوانب التطبيقية التي تبحث عنها ما يمتدح استجابة للاحساس العلمى بالحاجة الانسانية الى اساليب تلائم كل ثقافة لمواجهة الامراض الجسدية والعقلية ، ذلك أن الأنثروبولوجيين يحاولون البحث عن الاساليب المناسبة للحفاظ على الصحة ومقاومة الامراض من واقع فهم للبيئة الثقافية الخاصة . لهذا

(٣) د. نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الاجتماعية ، دراسة المجتمعات والجماعات محدودة النطاق ، دار للمعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ ، ص ١٤ — ١٦ .

(٤) انظر مقالاً تنصلياً بعنوان « أنثروبولوجيا جسم الانسان » مع دراسة تنصلية للروائع وتأثيرها على التفاعل الاجتماعي » تأليف د. نبيل صبحى حنا . الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، اشراف الدكتور محمد الجوهرى ، المصد السابع ، القاهرة ، أكتوبر سنة ١٩٨٤ ، صفحات ١٥٧ — ٢٣٦ .

فانه يمكنهم الاسهام في تحسين الصحة. اذا تم تشغيلهم على نحو مناسب. يحقق الانتفاع بما يمكنهم ان يقدموه للمجتمع (٥) .

ويطلعننا البحث التاريخي عن جذور الأنثروبولوجيا الطبية على حقيقة هامة وهي انه اذا كنا نناقش اليوم اسهام من تخصصوا في الأنثروبولوجيا في المجال الطبي فان الاطباء بالامس هم الذين اسهموا في نمو الأنثروبولوجيا الاجتماعية ، وهم الذين أجروا الدراسات الطبية الثقافية التي كانت بداية للبحث الأنثروبولوجي في مجال الصحة ، أي بداية للأنثروبولوجيا الطبية . فمن المعروف ان أشهر العلماء الذين ساهموا في الأنثروبولوجيا الاجتماعية تخصصوا أساسا في العلوم الطبيعية ، وقد تعلموا اختبار اللزوس عن طريق الملاحظة الشخصية . ومن بين هؤلاء ريفرز Rivers وسيلجمان Seligman . وماكدوجل Mc Dougall ومايرز Myers وهادون Haddon . لقد حصل أربعة من هؤلاء الخمسة (باستثناء هادون) على تأهيل طبي . ومجملهم لم يمارس الطب ممارسة فعلية باستثناء ريفرز الذي عمل كطبيب نفسي في مجال تخصص دقيق خلال الحرب العالمية الاولى . ويرجع عدم اشتغالهم بالطب الى انخراطهم في العمل الانثروجرافي حيث اعتنوا اهتماما شديدا بالجوانب الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالمرض الامر الذي أدى ببعضهم أن يؤكد على الفساعلية النفسية للطب البحري عند الشوب القليلة .

وعلى الرغم من أن هذا الوثاق لم يقدم كثيرا بين الأنثروبولوجيا والاطباء اذ لم يعتبر الاطباء — بأعداد كبيرة — في الاهتمام بالدراسات الأنثروبولوجية الا أن نمو الدراسات التي كونت بعد ذلك جسم الأنثروبولوجيا الطبية لم يتوقف ، فقد احتوى الفرع المسمى « الأنثروبولوجيا التطبيقية » على دراسات أنثروبولوجية هامة تتعلق بالصحة والمرض . وقد نشرت معنظم هذه الاعمال في الدوريات الرئيسية . وساهم فيها الكثير من الأنثروبولوجيين وقد قام بها على وجه الخصوص بولجار Polgar سنة ١٩٦٢ . وسكوثنى Scotch سنة ١٩٦٣ . وفابريجا Fabriga سنة ١٩٧٢ . وليبان Leiban سنة ١٩٧٣ (٦) .

-
- (5) Robert D. Mc Cracken, Selected Papers In the Future of Medical Anthropology, Medical Anthropology, Vol. 3, No. 3, 1979, pp. 275, 278.
- (6) Loudon J.B., Social Anthropology and Medicine, ASA, Academic Press, London, 1976, See the Introduction.

ويلاحظ أنه بعد سنة ١٩٧٠ بدأت تظهر اسماءات حديثة ومجادة في هذا المجال . ويمكننا أن نميز في اطلعنا بين أربعة أنواع من الاسماء التي يمكن أن تشكل التراث الحديث للأنثروبولوجيا الطبية - وقد صدرت كلها في صورة كتب للمدخل - والنوعية الاولى من هذه المحاولات هي تلك الكتابات التي التزمت بالخط الأكاديمي في الكتابة نجعلت رائدها ومرسدها الاساسي في الكتابة هو الالتزام بأساسيات النظرية الأنثروبولوجية ، فالتزمت بالمناهج المتداولة في الفرع الأم « الأنثروبولوجيا العامة » ، وأدركت جدوى المنهج الأنثروبولوجي في البحث وعرفت كيفية استخدام أساليبه ومناهجه . بعد ذلك حددت هدفها الاساسي وهو دائرة « الصحة والمرض » واستخدمت النظرية والمناهج الاساسية والمنهج للاقتراب الجرمي من الهدف الجديد بالفرام شديد بالخلفية العلمية للتخصص الأم مع جلاء يسرى كلف لرؤية تفاصيل الهدف وما يخفيه وراءه من ابعاد اجتماعية وهناك عدة محاولات مثله لهذا الاتجاه هي : المحاولة الاولى هي كتاب الكسندر اللاند A. Alland « التكيف وعملية التطور الثقافي : مدخل في الأنثروبولوجيا الطبية » سنة ١٩٧٠ . وانا كان هناك بعض النقص في كتب المدخل حتى سنة ١٩٧٠ فان كتاب اللاند قد قدم تصورا نظريا هابا مع مجموعة من الفروض النظرية القابلة للاختبار في ثقافات متعددة ، وهي كلها ترتبط بالسؤال الحيوي الرئيسي في المجال . بالإضافة الى ذلك يجمع الكتاب بين الاهتمامات البيولوجية والاجتماعية والثقافية والنيوجرامية . بعد ذلك قدم فوستر واندرسون كتابهما الصغير « الأنثروبولوجيا الطبية » سنة ١٩٧٨ (٧) أما الكتاب الثالث الذي يمكن ان يعتبر مدخلا للدراسة فهو كتاب آن ماكورى A. Mc Elroy وبارثيما تونسيند P. Towse « الأنثروبولوجيا الطبية من منظور ايكلوجي » سنة ١٩٧٩ . ومن المحاولات التي لا يمكن تجاهلها أيضا مؤلف ديفيد لاند D. Landy « الاختلاف والمرض والملاحة » الذي نشره سنة ١٩٧٧ (٨) . ومؤلف لوجان H. Logan وهنط E. Hunt بعنوان « للصحة

- (7) George M. Foster and Barbara G. Anderson, Medical Anthropology. John Wiley & Sons, U.S.A., 1978.

يعتبر هذا الكتاب أحد المعالم الرئيسية في مجال الأنثروبولوجيا الطبية ، ولا يمكن لأي دارس للأنثروبولوجيا الطبية أن يتطرق الى المجال دون استيعاب كابل لكل الموضوعات والتفصيلات التي تمت مناقشتها في الكتاب . وعلى الرغم من أن بعض الموضوعات التي تمت مناقشتها في الكتاب قد تمت مناقشتها في كتب أخرى ، إلا أن تناول جورج فوستر وبارثيما تونسيند تميز بوضوح المدخل الأنثروبولوجي .

- (8) David Landy, Culture, Disease and Healing : Studies in Medical Anthropology, Macmillan, New York, 1977.

تضمن هذا الكتاب دراسات عديدة في الأنثروبولوجيا الطبية . وتكن =

والظروف الإنسانية « (٩) الذى ظهر بعد كتاب لاندى بعام واحد ثم مؤلفه ليتش Lynch « بعنوان « الاتجاه للتقارب المقارن فى دراسة السلوك الصحى » الذى صدر عام ١٩٦٩ .

لقد تأثر علماء الأنثروبولوجيا الذين بحثوا موضوعات طبية أو علموا فى مجالات صحية بترائهم الأنثروبولوجى سواء فى اختيار الموضوعات ، أو فى تحديد الجاهات أو المناطق ، أو فى المنهج الذى اتبعوه للحصول على معلوماتهم وتحليلها والوصول الى النتائج ، وعلى سبيل المثال فقد أجرى فان اينك دراسة على مجموعة من المرضى فى افريقيا بعد أن استدعاهم الى المستشفى لاعادة الكشف الطبى عليهم . وقد تعرف الباحث على طبيعة العلاقة بين أطباء المستشفى وبين المرضى وقارن بينها وبين علاقات المرضى بالمعالجين الشعبيين ووجد أن هذا النوع الاخر من العلاقات كان أكثر كثافة من علاقة المرضى مع الأطباء الرسميين .

كذلك ركز الأنثروبولوجيون على دراسة السلوك الصحى للجماعات التقليدية « وأوضحوا أن السلوك الصحى هو عبارة عن سلوك اجتماعى يمكن فهمه مهما صحبنا فقط فى إطاره الاجتماعى ، وأن هذا السلوك يتسم بالاعتقاد . وقد بحثوا عن العوامل المعرفية والإدراكية المؤثرة على هذا السلوك ، وفكروا أن فهم تصور الناس عن الصحة والمرضى يعبر أمرا ضروريا لفهم سلوكهم الصحى .

واهتم أيضا الأنثروبولوجيون بدراسة ديناميات اتصال الجاهات التقليدية على أساليب الرعاية الصحية . وقد أظهرت إحدى الدراسات أن

« أهميته فى أنه قدم لنا أولا مبدئ الأنثروبولوجيا الطبية من حيث المجال . وبشكلات البحث الأساسية ، ثم ملأ المؤلف كتيبه بدراسات عديدة تهم من تخصصوا فى هذا المجال من ذوى الاهتمامات الطبية المختلفة : فقد تطرق الى موضوعات مثل التكيف للمرض ، والانساق الطبية ، والكهانة ، والصحة العامة والطب الوقائى ، والألم والضغط والموت ، والزوار ، والأمراض المنوطنة والعين الضريفة والظنوث ... الخ .

(٩) Layan M.H. and Hunt E.E., Health and Human Condition. Duxbury Press, North Scituate, 1978.

بعد هذا الكتاب أيضا نالما جدا للتعرف على الموضوعات العديدة التى تدرسها الأنثروبولوجيا الطبية ، فقد ضم خليفنا كبيرا من المقالات النوعية التى تهم من يعملون فى المجال الطبى والاجتماعى على السواء .

الفرق الشديد والاختلافات الطبية مع وجود نسق طبي عاجز وقاصر قد أدى إلى أن يرغب الناس اللجوء إلى المنشآت الصحية . وقد قدمت دراسة أخرى تفسيرا اجتماعيا وثقافيا لسوء استخدام الخدمات الصحية أو عدم الانتفاع بها . وكان التفسير يركز أساسا على اثر العلاقات بين الأطباء ومن يعيرونهم على أساليب الطب الحديث ، وبين المرضى . وقد اتضح أن المساعدات الطبية والرعاية الصحية - كأي نوع آخر من المساعدات - تحتاج إلى توفر مستويات مختلفة من العلاقات الاجتماعية (١) .

التوجيه النظري :

قبل أن نبدأ باستعراض الانجازات النظرية الرئيسية في الأنثروبولوجيا الطبية ينبغي أن نشير إلى أنه على الرغم من أن الجذور التاريخية لهذا الميدان متعددة ، وعلى الرغم من أن التوجيهات النظرية والاهتمام بالمشكلات يتسم بالتنوع ، فإن هناك نقاط إجماع بين المتخصصين ، يمكن صياغتها في صورة ثلاثة تمهيلات رئيسية كانت عبارة عن قضايا مرجعية وجهت للبحث خلال السنوات الماضية . وهذه التمهيلات الثلاثة هي :

١ - المرض بأنواعه المتعددة حقيقة عامة في كل الحياة الإنسانية ، فهو يحدث في كل وقت ، وفي كل مكان وفي كل المجتمعات .

٢ - طورت كل المجتمعات البشرية المصرومة طرقا وحددت أدوارا تتناسب مع مواردها وبناؤها لمواجهة المرض أو بمعالجته أو الاستجابة بأى شكل من الأشكال .

٣ - طورت كل المجتمعات البشرية المعروفة مجموعات من المعتقدات والمعارف والادراكات تتسق مع أطرافها الثقافي لتحديد المرض ، وتحديد كيفية أدراكه والتمرف عليه .

(10) Sjaak van der Geest and Klaas W. Van der Veen, in Search for Health. Anthropologisch Sociologische Centrum, Universiteit Van Amsterdam, Amste,dzm 1979.

وتكمن نقاط الضعف ونقاط القوة في الأنثروبولوجيا الطبية في هذه التعميمات ، فمن حيث نقاط القوة نجد أن التعميمات تخص وتنظم عدد من الملاحظات الخاصة بالزبان والمكان والناس ، ولهذا فهي تنف أساسا امبيريقيا تويا ونقاطا يمكن أن يبدأ منها البحث في الأنثروبولوجيا . أما نقطة الضعف فتكمن في أن هذه التعميمات تصف انتظابات أو أشياء يمكن ملاحظتها في الطبيعة على حين يصعب أن تشرحها وتفسرها .

على الرغم من أن بعض الكتاب أشساروا الى أن صياغة النظرية أصبحت هدنا يمكن الوصول اليه في الأنثروبولوجيا الطبية . إلا أن أكبر المهتمين بالتخصص يرون أن الاسهامات لم تصل بعد الى هذا الهدف . وهو صياغة النظرية ، وإن ما هو متوافر مجرد اتجاهات أو توجهات نظرية . وقد حاول ويلين E. Wallin أن يقدم تحليلا نقديا للكفاءة ونجاح التوجيه النظري للأنثروبولوجيا الطبية في فترة خمسة أو ستة العقود الماضية بهدف التعرف على كل اتجاه وعلى ما يؤكد عليه ويفسره ، وبهدف التعرف على استمرار التأكيد على كل توجيهه نظري أو غيره . ويعتبر ويلين من المتخصصين الذين يؤكدون على أن الأنثروبولوجيا الطبية مازالت في مرحلة التوجيه النظري فقد ذكر أنه دائما سوف يتكلم عن التوجيه النظري وليس عن النظرية ، وهذه التفرقة مقصودة . فالمعروف أن النظرية هي صياغة تتحدد علاقة بين متغيرات معينة ، وأن النظرية لابد أن تخضع للاختبار الإبهريتي لاثبات صحتها أو تعديلها أو رفضها كلية . وهي لابد أيضا أن تنمى شيئا في ضوء علاقات سببية . وبهذا المعنى ليس لدينا نظرية في الأنثروبولوجيا الطبية ، وما هو متوافر لدينا مجرد توجيهات نظرية فقط . فهناك مسلمات كثيرة ، وهناك طرق محددة لاختيار وصياغة وتنظيم المادة التي تجيب على بعض التساؤلات . فكما أن الاتجاه الوطني يفترض أن المجتمع تنظيم متكامل نسبيا يكون من أجزاء ترتبط وتتساند مع بعضها وكما أن هذا الاتجاه يقدم اطارا عاما للبحث ، ويحدد أنواعا من التفسيرات الملائمة ، ويعمل على اللزلة والإحياء بالفروض التي تتسالم مع التوجيه الاساسي ، كذلك فإن الاسهام النظري في الأنثروبولوجيا الطبية هو مجرد توجيهات وليس نظريات . ويتول ويلين اننا عندما ندرس الاتجاهات النظرية السائدة فاننا نهتم بما يهتم بشرحه كل اتجاه ، ونهتم أكثر بالتغيرات المستقلة التي يحاول كل اتجاه أن يركز عليها ، وبالتماذج الضمنية والصريحة التي تستخدم كأطر للبحث . وهو يؤكد على أنه اذا كان يقدم نماذج للتوجيهات التي ظهرت في فترة خمسين السنة الماضية ، إلا أن هذه النماذج ليست هي الوحيدة أو الأكثر قيمة ، ولكنها اختيرت لأنها هي التوجيهات التي اثرت في فكر المشتغلين بهذا المجال . بجانب أن كلا منها نموذج متميز ويعكس تعديلات هامة في الاتجاه السابق عليه .

ويكمن أن تميز بين أريمة توجهات رئيسية في مجال الأنثروبولوجيا الطبية :

١ - الطب الشعبي كجزء من الثقافة . « ريفرز » :

يمثل هذا الاتجاه ريفرز الذي ذكرنا شيئا عنه قبل ذلك . فقد كان ريفرز أول من كتب عن المعتقدات والممارسات الطبية عند الشعوب الآمية ، وكان رائدا في معالجة الربط بين الطب الشعبي وجوانب أخرى من الثقافة والتنظيم الاجتماعي . ويحدد أسهامه الحقيقي في الفرض الذي طرحه ويتكون من شقين : الشق الأول يفترض فيه أن ممارسات الطب البدائي ترجع وترتبط ارتباطا له معنى للمعتقدات الطبية . أما الشق الثاني فيفترض فيه أن كل المعتقدات الطبية والممارسات الطبية لا يجب النظر إليها على أنها عناصر ملوكورية غريبة أو طريفة ، ولكن يجب النظر إليها على أنها جزء يتكامل مع الثقافة . وفي ضوء هذا الفرض العام حاول ريفرز صياغة مجموعة من القضايا العامة تنطلق بالطب البدائي . ومن الواضح أن اتجاه ريفرز يتفق مع الاتجاه الذي كلل سائلا في الأنثروبولوجيا في بداية القرن العشرين لتصنيف مظاهر الطب البدائي على أنها دينية أو سحرية .

ويتكون نموذج ريفرز التصوري من ثلاثة مجموعات من القضايا ، والمفاهيم التابع عنده هو « السلوك الذي نقوم بملاحظته » ، وخاصة سلوك الجماعات البدائية في مواجهة المرض ، أما المفهوم المستقل (وبالنسبة لريفرز لا يوجد إلا مفهوم مستقل واحد) فهو « اتجاه الجماعة نحو العالم » أو ما يسمى « بالنظرة إلى العالم » وهناك متغيرات يمكن اشتقاقها من هذا المفهوم العلم مثل معتقدات الجماعة فيما يتعلق بطبيعة وأسباب المرض . ويحاول ريفرز أن يميز بين ثلاثة أنواع من النظرة إلى العالم الخارجي : النظرة الدينية والسحرية ثم النظرة الطبيعية .

السلوك
والممارسات
للمرضى

النظرة
الى العالم

العرانة والسحر للتصدى للأمراض التي أحدثها المحر	←	الاعتقاد في أن المرض ينتج من أعمال سحرية يأتيها الناس باستخدام قوى غيبية	سحرية
المعامل على استرشاد القوى الروحية	←	الاعتقاد في أن القوى الروحية غير الطبيعية هي المسببة للمرض	دينية
المعالج الطبيعي للأمراض والجروح	←	الاعتقاد في أن هناك عوامل طبيعية تسبب المرض . وبالتالي هناك علاقة سببية بين حدوث المرض للإنسان وبين الظواهر الطبيعية	طبيعية

وقد اهتم رينرر بمسألة أساسية بالنوعين الأولين من النظرة الى العالم الخارجى ، وقال إن السحري يعتمد على قدرة الإنسان على استخدام قوى مخطلة ، بينما تعتمد النظرة الى العالم من وجهة نظر دينية على الاعتقاد في وجود قوى تتحكم في الاحداث التي تحدث في العالم . أما النوعية الثالثة من النظرة الى العالم الخارجى فلم يعطها حقها من الاهتمام وعالجها بطريقة سريعة ، واعتبر أن الطب الغربى هو المثل لهذه النظرة الطبيعية التي ترى أن هناك عوامل طبيعية مسببة للمرض . وقد نوه الى أن النظرة الطبيعية يمكن أن توجد لدى بعض الجماعات البدائية في جانب أو آخر من الممارسات الطبية ، ولكنه يرى - وهذا رأي الشخصى - أننا يجب ألا نعتبر هذا نوعا من التفكير الطبيعى بلعنى الذى ذكره ، طالما أنها توجد في الطب الغربى وسحري .

ويعتبر ويفرز أن دور ممارس الطب في النوعين الأولين من المجتمعات يعتبر دورا رائدا وأساسيا في استعمار الممارسات ، فالعراف أو الساحر في حالة السحر ، والكاهن في حالة الدين يؤثران في استقرار الممارسات ، وهو بذلك يؤكد أهمية الممارسة الفعلية . وبناء على ذلك حدد نظرتي نظرة هالرية اذ يحدد نوع المعتقد السائد في شمول نوع الدور القائم ، ويحدد نوع الدور في شمول نوعية المعتقدات السائدة .

وأذا كان نموذج ريفرز نموذجاً استاتيكيًا بصفة أساسية إلا أن فكرة التغير لم تكن ثابتة عنه ، فالتغير عنده نسبي ويحدث في الممارسات أكثر مما يحدث في المعتقدات ، ويحدث التغير في الممارسات بفعل عاملين هما الانتشار والإضائة الثقافية التي تنتج عن الاتصال والانحلال ، وفقدان الثقافة بسبب العزلة .

واعتبر ريفرز أن الثقافة نسق مطلق ، وإن الحقائق الثقافية لا يمكن شرحها إلا بالرجوع إلى حقائق ثقافية أخرى . وعلى الرغم من أنه كان طبيباً فإنه لم يعط أهمية للعوامل البيولوجية ، كما لم يهتم بعالية التكيف للبيئة ، فلم يمسالج في نموجه السلوك كنوع من التكيف للبيئة بل كنتاج للمعتقدات التي تتبع بدورها من النظرة إلى العالم .

ومن أهم ما قدمه ريفرز - بالإضافة إلى ما سبق - هو نظريته إلى عناصر الطب البدائي لا على أنها جزئيات ونماذج متناثرة من السلوك التي لا يمكن فهمها ، بل على أنها مجموعة من العناصر التي تكون نظاماً اجتماعياً يستحق الدراسة تماماً كما تدرس أي نظام اجتماعي في المجتمع . وباختصار نل أسهام ريفرز الأساسي يكن في أنه وضع أساس الأنثروبولوجية الطبية بالاشارة إلى العلاقة بين المعتقدات والممارسات الطبية البدائية ثم النظرة إليها على أنها جزء من الثقافة يكتمل معها .

٢ - الطب الشعبي كمعاصر جزئية « كلينفس » :

يطلق على اتجاه كلينفس Clements الذي ظهر في المونوجراف الذي نشره بعنوان « مفاهيم المرض البدائية » سنة ١٩٣٢ اتجاه « السمة الثقافية المنفردة » . فالنموذج التصوري الذي يقدمه يرتبط بالخصوصية التاريخية ، ويتسم مفاهيم الشعوب البدائية عن أسباب المرض إلى خمس فئات وهي : المسحر ، انتهاك المحرمات ، دخول شيء مريض أو يحمل المرض عنوة ، تدخل الأرواح أو فقدان الروح . وقد تتبع توزيع كل عنصر من العناصر السابقة في ثقافة معينة . وتركز عمل كلينفس على جدولة كل سمة من السمات السابقة وفقاً للأقليم والبيئة والاجتماع المحلية ليساً يقرب من ٣٠ جماعة . وقدم بعد ذلك سلسلة من الخرائط العالمية توضح توزيع كل سمة ، وعندها تتبع هذه السمات ذكر أن بعضها يرجع إلى عصور تكيفية وبعضها الآخر حديث . وقد قدم في هذا الصدد ثلاثة فروض ضمنية هي :

١ - أن سمات انتشار هذه العناصر الثقافية تأتي عن طريق عوامل تاريخية وجغرافية كالحجرة وغيرها .

٢ - أنه لا توجد علاقة وظيفية بين أى من السمات أو العناصر الخمسة ، وإن وجود كيتين أو أكثر في مجتمع واحد هو نوع من الصدفة أو الحث العرضي .

٣ - ليست هناك أية علاقة وظيفية أساسية بين أى من هذه السمات وبين الملامح الانتصافية أو الدينية أو السياسية أو البيئية أو أية جوانب أخرى في المجتمع الذي توجد به العناصر .

وقد بنى كليتس نموذج التصورى على هذه البروز . وأشار الى أن الانتشار يحدث بناء على أحداث تاريخية وجغرافية ويؤثر في كل مفهوم من المفاهيم السابقة للبروز . وعلى الرغم من أن النموذج التصورى الذى قدمه كليتس لم يكن مغرأ ، فإنه قدم أسهاما إيجابيا لأنثروبولوجيا الطب عن طريق الجهد الذى بذله في توزيع مفاهيم المرض على مستوى العالم . هذا بالإضافة الى محاولته التأكيد على تمحيه الثالث وهو أن المجتمعات في أى مكان تطوّر بعض المساهم ولديها إطار معرفى يحدد المرض ويعرفه ويوضح كيفية إدراكه .

٢ - الطب البدائي كعناصر نمطية ثقافية ترتبط وظيفيا داخل الاطار الكلى :
« أكرم كحضت » :

قدم (أكرم كحضت) أسهاما في الأنثروبولوجيا الطبية ، ذلك الذى يوضح اتجاهه النظرى ، في صورة خمسة تمهيمات رئيسية هي :

١ - أن وحدة الدراسة الأساسية في الأنثروبولوجيا الطبية ليست هي السمة المنفردة بل هي العمل الثنائي للمجتمع ووضع وكالة النمط الطبى داخل هذا الكل . ومن الواضح أن ذلك رفض لاتجاه كليتس فيما يتعلق بعلمسة الثقافية المنفردة .

٢ - لا يوجد طب بدائي ولحد ، بل هناك العديد من الوان الطب البدائي ، تعتمد بتعدد الثقافات البدائية . ويعتبر هذا ابتداءا لنسبة بنذكت الثقافية ، وسيرا على منوالها فقد أكد على وجود أنماط طبية متميزة ترتبط بكل ثقافة ، تماما مثلما توجد ثقافات متميزة .

٢ - ترتبط أجزاء النمط الطبى - مثلما مثل أجزاء الثقافة ككل - وظيفيا بعضها ببعض ، ولكن تختلف درجة الارتباط في كلا المستويين من مجتمع الى آخر .

٤ - يمكننا أن نصله إلى أفضل فهم للطب البدائي في ضوء نهجتي
والمعتقد الثقافي والتعريف التقني « بصرف النظر عن العوامل البيولوجية
والبيئية أو حتى عوامل الثقافة المادية .

٥ - يصر أكبر كلفخت على أن المظاهر المختلفة للطب البدائي - على
الرغم من تباينها ، وعلى الرغم من عدم فعالية بعضها كوسائل للعلاج -
لها أهمية كبرى طبياً سحرية . وعلى ذلك فهو يرى أنه لا يمكن تصنيف الطب
البدائي والطب الحديث ضمن فئة واحدة نظراً لأن الأول يعتمد على
الدين والسحر أساساً مع بعض الاستخدامات الرشيدة للعناصر على حين
يستخدم الطب الحديث العناصر بطريقة علمية رشيدة مع وجود قليل من
الافتكار العينية أو السحرية .

يقترح من نموذج أكبر كلفخت أنه قد حدد نفسه في متغيرين ، أحدهما
تابع وهو المعتقد والسلوك الطبي المعتقد وما يتصل بالنمط الطبي الذي
يمكن أن نلاحظه ، وقد حاول تسميه هذا المتغير التابع في ضوء متغير مستقل
واحد هو الثقافة الكلية للمجتمع (وهو المتغير الثاني) . ويتضمن نموذجه
أيضاً أن أجزاء النمط الطبي لها درجات من الارتباط الوظيفي مع بعضها
ومع الثقافة ككل . وقد حاول بهذا أن يجمع بين اتجاهين سابقاً في عصره
وهما التاريخية الأمريكية والنسبية الثقافية - خلاصة ما يطبق باتجاه
الصيغة الكلية لينتج - وبين الوظيفة الاجتماعية . وقد أدى به تبني هذا
الاتجاه النظري أن يصر في نفس الاتجاه الذي سارت فيه الأنثروبولوجيا
الاجتماعية والثقافية في الأربعينيات وبداية الخمسينيات . وعلى الرغم من
أنه كان يدرك أن ظواهر الصحة والمرض هي ظواهر ثقافية بيولوجية فقد
وضع نفسه بهذا الاتجاه النظري قيوداً على الأنثروبولوجيا الطبية فانهضرت
البحوث التي أجريت في هذا المجال حتى نهاية الخمسينيات في دراسة
المتغيرات الثقافية والتركيز عليها .

٦ - التمسق وتغير النسق : (بول) :

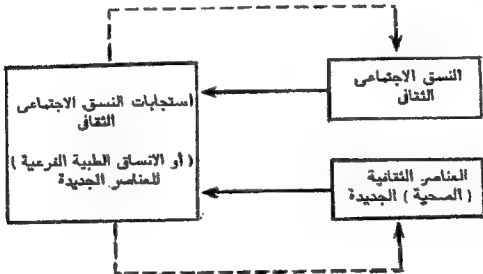
إذا كانت إسهامات رينوز وكليفنتس وكيركفخت تقدم تضليلاً أساسية
فإن العمل الذي قدمه بنجامين بول B. Paul تعتبر إسهاماً في الأنثروبولوجيا
التطبيقية والصحة العامة . ولم يكن بول يهدف إلى أحداث تقدم في النظرية
أو في التطبيق ، بل كان يهدف إلى مجرد دراسة المصنف الطبي الذي يلتقى
فيه الطب والمجتمع . ولكن بفعل ذلك استخدم نموذجاً يختلف عن نماذج من
سبقوه ويركز بصورة أساسية على فكرة النسق . وعلى الرغم من أن بول

لم يستخدم مفهوم النسق استخداماً أساسياً ك مفهوم محوري إلا أن مفهوم النسق يعتبر عنده اللب الأساسي والعنصر المكون لتبؤجه التصورى . والنسق منده عبارة عن كيان كلى مكون من أجزاء محددة بينها علاقات تساند متبادل اذ يؤثر ويتأثر كل منها بالآخر ، وتكون هذه الأجزاء - مع العلاقات السائدة بينها - النسق ككل .

وقد حاول بول أن يذهب ببعض أنكار أكبر كخفت الى مدى أبعد . فقدم مجموعة من الاسئلة لم يقدمها أكبر كخفت . فعندما اعتبر أن التثانة نسق والنبط الطبى عبارة عن نسق نرمى تساطل عما يمكن أن يحدث للنسق وللنسق النرمى عندما تقدم عناصر جديدة متصلة بالصحة وتساقل أيضا عما يمكن أن يحدث للعناصر الجديدة التى تدخل فى نسق اجتماعى ثقافى . وفى هذا الصدد يقدم اقتراحين :

يرى فى أحدهما : أن تفسير رد فعل الانساق الثقافية للعناصر الجديدة يجب ألا يتم فقط من خلال طبيعة النسق ، كما يجب ألا يفسر عن طريق التعرف على طبيعة العناصر وطريقة تقديمها للمجتمع فقط ، بل يجب أن يتم التفسير بالاستناد الى الاثنين معا .

ويرى فى الثانى : أنه سوف تكون هناك عملية تأثير متبادل اذ يتوقع أن يؤدى تقديم أية عناصر صحية الى التأثير فى النسق الاجتماعى الثقافى ككل بما فى ذلك النسق الطبى ، وسوف تتأثر أيضا العناصر الجديدة اذ يتوقع تشكيلها أو إعادة تفسيرها .



ويكتسبنا أن نعتبر أن اسهام بول هو نقطة انطلاق من المرحلة التي توتف عندها الرواد الثلاثة الأول اذا نظرنا اليه من جانبين ؛ الجانب الاول هو أن الاطر الثلاثة الاولى اقتصرت على تفسير مجتمعات بدائية وبالتالي ربطت البحث بهذا النوع من المجتمعات ، أما نموذج بول النسقى لانه تخطى هذا الحاجز اذ يمكنه ان يستوعب ، وبالتالي يخضع للبحث ، الانسان الطبيعى الحديثة كلها مثلها مثل الانسان الطبيعى التقليدى . أما الجانب الثانى فيعطل فى تخطى بول لمرحلة النماذج الاستاتيكية اللتي قدمها الرواد الثلاثة عندما حاولوا شرح وتفسير أنماط الطب البدائى فى حالة استقرارها ، نقدم نموذجا ديناميا يستطيع معالجة طبيعة ونتائج التغير . ويلاحظ أيضا على بول أنه برغم اشارته الى حقيقة وأهمية الاعتبارات الايكولوجية الا أنه عالجه على أنها خلفية ، ولم يحاول التعرف على العلاقة بينها وبين المفاهيم الاجتماعية والثقافية الا محاولات ضئيلة .

٥ - الاتجاه الايكولوجى مع الاهتمام بالمفاهيم الثقافية والبيولوجية :

يعتبر هذا التوجه النظرى هو أحدث الجسء ، فهو لا يتضمن فقط اتجاه بول النسقى ، بل يهتم أيضا بالعوامل البيولوجية وضرورات البيئة . وعلى ذلك فان هذا الاتجاه النظرى يعتبر خطوة نحو مدم الانتصار على الجانب الاجتماعى الثقافى . وهناك أكثر من رائد يمكن أن يمثل هذا الاتجاه ، فقد دم اللاند Alland سنة ١٩٦٦ ، سنة ١٩٧٠ أفضل تضايًا نظرية ، كما قدم كل من لينجستو Livingston سنة ١٩٥٨ . وبيزنفلد Wiesenfeld سنة ١٩٦٧ ، وذن Dunn سنة ١٩٦٨ وغيرهم أفضل اساهمات تطبيقية .

وقد اهتم العلماء فى اطار هذا الاتجاه الذى ابكن تسميته بالاتجاه الايكولوجى اشد الاهتمام بأبعاد المرض . ونظروا الى المرض على أنه متغير تابع وحاولوا التعرف على الكيفية اللتي يمكن أن تؤثر بها العوامل البيولوجية والثقافية وضغوط البيئة على عملية المرض ، وعلى توزيع المرض كما نظرنا اليه أيضا على أنه متغير مستقل فتعاملوا هن الاثار وعن المساهمات الاجتماعية والثقافية للمرض بما فى ذلك للجوانب المعرفية الخاصة بمرض ما يحدث لدى جماعة معينة .

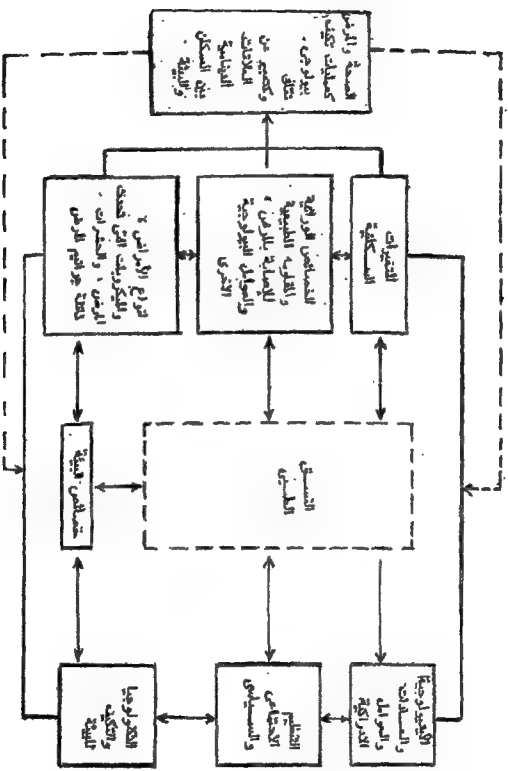
وتد أطلق الأنثروبولوجيون على هذا الاتجاه مسميات مختلفة . نهد سموه « ديناميات الحالة الصحية » ، أو « الايكولوجيا » ، أو « الايكولوجيا الطبية » ، أو « علم الوبئة الاجتماعية » .

وتكمن جفور الاتجاه الايكولوجى فى النظرية التطورية فى علم الاحياء .

وتد انطلق هذا الاتجاه من مفهوم معين وهو أن السكان (وليس الجينات أو الفرد البيولوجي أو الجنس) هم الوحدات الأساسية في عملية التطور لهذا اعتد من أهتموا بهذا الاتجاه على احتماليات حركة السكان كأداة أساسية في دراسة عملية التطور ، ونظروا إلى الجماعات البشرية على أنها تتطور تطوراً متريداً ، وهي في تطورهما تسخر وتنقل الثقافة كأداة فعالة للتكيف مع البيئة والتحكم فيها أيضاً . فالتكيف الإنساني هو عملية تفاعل ثقافي بيولوجي من خلال عوامل بيئية معينة . وقد قدم الأند قضية عامة نيتا يتعلق بالعلاقة الوثيقة بين البيولوجيا والتكيف البشري في البيئة وبين المرض حين قال : لا يرجع حدوث المرض بصفة عامة إلى عوامل وراثية وغير وراثية ، ويمكن أن يحدث أي تغير في نسق السلوك نتائج طبية . وسوف تؤدي بعض التغيرات في هذا الجنب إلى تغيرات في نظم الوراثة . ومن ناحية أخرى فإن المرض يحدث تغيرات في البناء الوراثي بحيث يمكن لهذه التغيرات أن تؤثر في نسق السلوك . ويمكن أن ترجع هذه التأثيرات إلى إعادة بناء السكان أو إلى ظهور أنماط من المناهضة تعطل من قدرات الإنسان على استغلال البيئة . ومن ناحية أخرى فإن التغيرات الطبيعية في مجال البيئة تتيح الفرصة لوجود مسقوط من نوع معين تؤثر في صحة الإنسان وقد تتطابق بالمرض ، وهذه يجب مواجهتها عن طريق التكيف الفيزيقي وغير الفيزيقي .

وينظر النموذج التصوري الإيكولوجي للصحة والمرض على أنها مؤشرا للدلالة على قدرة الجماعة على الجمع بين المصادر البيولوجية والمصادر الثقافية لتحقيق التكيف للبيئة التي تعيش فيها الجماعة . وينظر النموذج أيضاً إلى الصحة والمرض من خلال تأثيرها على الثقافة في أثناء عملية الاستجابة للبيئة . ويوضح الشكل الاتي النموذج التصوري الإيكولوجي الذي يقدم إطار عمل شاملاً أساساً للبحوث الحديثة في الأنثروبولوجيا الطبية في إطار هذا الاتجاه .





ووفقا لهذا الاتجاه تختلف طبيعة « النسق الطبى » وفقا لدرجة التطور . ففى المجتمعات البدائية لا يكون لهذا النسق القدرة الا على الحد من الإصابة بالابراض او محاولة التخلص منها . أما فى حالة المجتمع المتقدم فان الوسائل التكنولوجية ، والمخصصين المتفرغين ، والبناء المعرفى يؤدي كلها الى أن يصبح النسق ذا كفاءة تنظيمية بحيث يكون قادرا على أن يؤدي دورا متزايدا ومستقلا وهما فيما يتعلق بالمسلاج والوقاية من المرض من خلال عملية التكيف .

ويجب أن نشير الى أن هذا الاتجاه قد اعاد فكرة « السمة المنفردة » التى تامل بها كليمنس فى الثلاثينيات وانتقدها أكبر ككتخت مدعيا أن السمة الواحدة ليس لها معنى بعيدا عن اطرافها . وإذا كان أكبر ككتخت محقا بالنظر الى شؤنجه ، فان الرواد المحدثين لهذا الاتجاه قد وجدوا أن هناك نفاذة من التركيز على السمة المنفردة أو العنصر الواحد ، ولهذا درسوا حدوث وتوزيع سمات بيولوجية معينة وعزوها الى ممارسات ثقافية ، وكان ذلك يتم دائما داخل الاطار الايكولوجى .

أما من حيث مستقبل هذا الاتجاه فان من المخصصين من يرى أن المستقبل سوف يزيد من التأكيد على أهمية هذا الاتجاه ، وأن من يعملون به سيكتفون أن يقدموا خدماتهم فى مجالات أخرى مثل الأنثروبولوجيا الثقافية والفيزيائية ، فيكتفون أن يدرسوا مع من يعملون فى هذه المجالات السلوك والمرضى داخل الاطار الايكولوجى ، ويكتفون أيضا دراسة التفاعل بين الجانب البيولوجى والنسق الاجتماعى والثقافى ، والبيئية وحجم السكان والبناءات ، على أنها متغيرات تتفاعل لها درجات متفاوتة من الاستقلال والتمعية والتبعية (١١) .

موضوعات الدراسة ومجالات الاهتمام :

يمكن حصر اهتمامات علماء الأنثروبولوجيا فى الموضوعات الأساسية الآتية :

(١١) د. نبيل مبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة تفضيلا الصحة والمرضى فى مصر ، مرجع سابق ع ص ٥٠ - ٥٦ .

١ - موضوع المعلم :

القسم الاول في هذا التخصّص هو الذي يتناول موضوع العلم نفسه ويضم مجموعة الدراسات التي تتعلق بالجوانب النظرية والتطبيقات العملية للتخصّص مثل المشكلات العامة التي يمكن أن تكون موضوعا للبحث . ومجموعة النظريات والانكار الرئيسية التي تشكل جانبا من تراث التخصّص في فترة زمنية معينة ، بالإضافة الى تلك البحوث والدراسات التي تحاول تطبيق هذه النظريات أو اختبارها أو الانتفاع بها في خدمة الواقع المعلى . كما يضم ايضا مجموعة التوجيهات النظرية والارشادات الميدانية للدارسين والتي دونت في صورة اعمال مستقلة أو كانت اجزاء من دراسات أخرى . والمثال على هذا النوع من الكتابات الجزء الذي ضمنه لاندی كتابه - المشار اليه في هذا المقال - بعنوان « تعليم وتدریس الأنثروبولوجيا الطبية » وهناك موضوعان آخران هابان أيضا أحدهما يضم مجموعة الدراسات التي تهتم بتاريخ التخصّص وجذوره ، أما الموضوع الثاني فيتناول علاقة التخصّص الأخرى سواء أكانت العلوم الإنسانية والسلوكية أم غيرها من العلوم مثل الطب والاحياء وغيرها .

وسوف يجد القارئ كتابات كثيرة في هذا المجال ورد معظمها كتمويل أو اجزاء في اعمال علمية أخرى ، فهناك كتابات عن الخلفية التاريخية للأنثروبولوجيا الطبية ، وعلاقتها ببعض العلوم الأخرى ، وكتابات أخرى هي عبارة عن استخدام للنماذج والنظريات السائدة في تخصّص الأنثروبولوجيا الأم بالتطبيق على الجانب الصحي ، مثل دراسة الطب البدائي كمناصر نمطية ثقافية ذات وظيفة داخل الإطار الثقافي الأشمل . كما أن هناك الكثير من التوجيهات التي وردت في دراسات عديدة ويمكن أن يفيد منها من يعمل في المجال مثل ما كتب عن دور المعلم الاجتماعي في المجال الصحي .

٢ - الانساق الطبية :

الفكرة الأساسية وراء تصنيف مجموعة من الموضوعات تحت هذا القسم واعتبارها موضوعات تخضع تحت تصنيف أكبر مستقل « الانساق الطبية » هي أنه يمكن النظر الى كل ما يتعلق بالصحة والمرضى من أنماط ومعتقدات وممارسات في أي مجتمع على أنه نسق طبي . وهذا يتفق من اننا - كإنثروبولوجيين - عندما ننظر الى هذا النسق فاننا ننظر اليه في ضوء علاقته بالانساق الأخرى ، مثل الانساق الاقتصادية والدينية

والعائلية ... الخ . ويفضن ذلك أيضا فكرة تنوع الانساق الطبية بتنوع
الجماعات والمجتمعات .

ويضم هذا القسم الدراسات التي تنظر إلى الانساق الطبية
كاستراتيجية للتكيف الاجتماعي والثقافي ، وذلك التي تدرس نظريات المرض
وانساق الرعاية الصحية كما يضم الدراسات التي تعتبر هذه الانساق أجزاء
متكاملة مع الثقافة ، ويبحث الدارس هنا عن الجانب الوقائي الجلاحي في
النسق الطبي الذي يدرسه ، إذ أن كل نسق طبي له جانبه الوقائي وجانبه
العلاجي . كما يبحث عن الوظائف المتصدة للانساق الطبية ، على بعض
الانساق الطبية تقدم نظرية المرض ترشيد للعلاج بجانب تقديم أسباب حدوثه
المرض . ودائما يؤدي نسق نظرية المرض دورا قويا في عملية الجزاء وفي
تدعيم المعايير الاخلاقية الثقافية ، بل يمكن أن يتولى نسق نظرية المرض من
الممارسات المحافظة ، ويمكن أن يعمل على ضبط الاتجاهات العدوانية .

والدراسات في هذا المجال أيضا متوارة ، ومنها ما يركز على العلاقة
بين البناء الاجتماعي والنسق الصحي مثل دراسة البناء الاجتماعي وبناهي
الصحة عند الزولو ، ومنها ما يتعلق بالثقافة ونسق الصحة مثل دراسة
العناصر الثقافية المتغيرة في الممارسات الصحية في مصر .

٣ - البناء الاجتماعي الثقافي والصحة والمرض (الثبات والتغير) :

على الرغم من أن العلاقة بين البناء الاجتماعي والثقافة وبين الصحة
والمرض هي موضوع الأنثروبولوجيا الطبية بصفة عامة ، وتتصل جنبه
الموضوعات التي تعالج في أي مجال من مجالاتها من قريب أو من بعيد بالبناء
الاجتماعي والثقافة ، إلا أننا نفضل أن نخصص قسما خاصا - أو مجالا
خاصا - لهذا الموضوع ، ونصور أنه يضم تلك الموضوعات التي يدرسها
الباحث بتوجيه معين وهو أنه ينظر إلى جوانب البناء الاجتماعي وعناصر
الثقافة كمتغيرات مستقلة والحالة الصحية أو المرض كمتغيرات تابعة حتى
لو كانت هذه العناصر يمكن أن تكون متغيرات تابعة لمتغيرات مستقلة أخرى
بالنسبة لما سبق وأشارنا إليه من أن الظاهرة يمكن أن تكون سببا ونتيجة
في نفس الوقت ، فما يهمنا هنا هو اتجاه الباحث الذي يوجه نظره إلى البناء
والثقافة ليرى تأثيرهما على الظواهر الصحية .

ويقتضن موضوع البناء الاجتماعي الدراسات الخاصة بالانساق البناء
الاجتماعي (كالنسق الاقتصادي مثلا) وعلاقتها بالصحة ، والدراسات
المتعلقة بالمكانات الاجتماعية وما يرتبط بها من أدوار وعلاقتها بالصحة

والمرض . فقد اهتم من علموا في هذا المجال بدور المرأة وعلاقته بالممارسات والمتكاملات الصحية ، وحلوا علاقة الزوج بالزوجة والاقارب وأثره على الصحة ، كما اهتموا بتأثير عمل المرأة خارج المنزل وداخله على الصحة وفي مجال الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية اهتم بعض الطلبة بفكرة الالتزام داخل الجماعة ودوره في الامسالة بالمرض ، ويصور الجماعة القربانية في حالة المرض . كما اهتموا بطابع البناء الاجتماعي ككل وعلاقته بالصحة والمرض ، وأثره على الاستجابة للبرامج الصحية كما أشار للتخصصون الى أهمية التصنيف الى جماعات سن في المجتمع وعلاقة ذلك بالمفاهيم السائدة عن الصحة ، فاهتموا بالليلاذ وفترة الطفولة والكبر . ووجهوا اهتماما تشديدا لفكرة الكبر . ويهتم الأثنروبولوجي في هذا الموضوع بالمفهوم والتفسير الاجتماعي للكبر ، وطرق مواجهته ، ومسئولية اعالة كبار السن .

وقد أشار نوستر الى موضوع هام هو الادوار الاجتماعية والوظائف الاجتماعية للبرص ، فللبرص قد يعطى للفرد فرصة الاملاء من القسوط والانتفاك من القسوط غير المحتبلة ، وقد يكون المرض حثا في مصلحة نفسه الشخصي ، ويمكن أن يجنب اليه الاتقاء الذي ينتشر اليه كثير من الناس ويمكن أن يكون المرض وسيلة للضغط الاجتماعي حينما يعوق الفرد من أداء أعمال معينة ويمكن أيضا أن يكون مخرجا لمشاعر ومفردة الاحساس بالالام والذنب . أما فترة المرض نفسها فيمكن أن تكون فترة اجازة من الادوار اليومية التي يقوم بها الفرد . ويرى نوستر أن دراسة مراحل المرض تعتبر موضوعا هاما في هذا المجال ، فالأثنروبولوجي يهتم بالجوانب المتصلة بفترة ظهور أعراض المرض ، ثم ببداية المرض وبداية التعامل مع المريض ، ومرحلة العلاج ثم مرحلة النقاهة .

اما المهتمون بدراسة علاقة عناصر الثقافة بالجانب الصحي فهم يدرسون علاقة الدين والقيم بالممارسات الصحية : ويبرزون المقوس المرتبطة بالليلاذ والمرض والوفاة ويدرسون الاعتقاد في الوظيفة الوثنائية للطقوس ، وتأثير القيم على الصحة ويهتمون في هذا الموضوع بالقيم المرتبطة بالاطعمة والقيم التي تكمن خلف الممارسات الثقافية المتعلقة بالصحة ، يدرسون تأثير كرم الضيافة على متطلبات العلاج في البيئات التقليدية اذ أحيانا ما تحدث تناقضات بين مقتضيات الضيافة والعلاج . ويهتم الدارسون في هذا المجال أيضا بالتناقضات المعزولة ، وتأثير التركز الثقافي . والاهمية الثقافية للمعادن الغذائية ، وتأثير التحيز لاطعمة معينة على الصحة . كما يهتم الدارس بنوضوعات أخرى مثل أهمية أنماط الثقافة بالنسبة ان يملكون في مجال التغذية ، وأثر حواجز اللغة على مشكلة نقل المفاهيم المتعلقة بالصحة والنتائج الصحية المترتبة على التعر الثقافي .

هناك كئيبا مجموعة أخرى من الموضوعات تتعلق بالتطورات الحديثة وتدخل في مجال اهتمام الأنثروبولوجيا الطبية مثل التطورات الحديثة للطب ودور الأنثروبولوجيا في ضبط المشكلات المتعلقة بها والتحكم فيها مثل مشكلة وجود معوقات حصول حون قبول للطب الحديث في المجتمعات التقليدية ، وعمليات مقاومة الطب الحديث التي تحدث في ثقافات خاصة ، وتحدي الأفكار الجديدة من الصحة والمرض . ويضم هذا المجال أيضا دراسات تتعلق بالجانب الإيجابي ، مثل دراسة نجاح الطب الحديث ، والاعتماد المتزايد على الخدمات الصحية ، وانباط قبول الخدمات الطبية الحديثة ، وظهور التوقعات ، وأثر التعليم . ويلاحظ أن الاهتمام المتزايد بتأهيل وتدريب العاملين في المجال الصحي أدى إلى وجود حاجة لاجراء دراسات من طبيعة عملية التدريب في مجال الدراسات الاجتماعية بالنسبة للمتخصصين في المهن الطبية والخدمات الصحية ، خاصة ما يتعلق بالتدريب الحظي وتحقيق الارتباط الدائم بالبحث الميداني .

ومن الدراسات التي أجريت في هذا المجال دراسة المشكلات التنسية في المجتمعات النابية ، ودراسة أدوار كبار السن وعلاقتها بالصحة ، ودراسة الانساق الطبية وصحة الطفل . وهناك دراسات أجريت على ممارسات الحمل والولادة والتوليد في قرى معينة ، ومن المعتقدات والاتجاهات نحو أمراض معينة كأمراض الميرون والأمراض المعدية ، وكيفية التحكم في هذه الأمراض في بيئات ريفية .

٤ - التغذية :

يعتبر موضوع التغذية من الموضوعات التي حظيت باهتمام كبير من التخصصات الطبية مثل الطب والاحيائه ، كما حظيت باهتمام المتخصصين في الدراسات الاجتماعية أيضا ، وهو يعتبر موضوعا أساسيا في مجال الأنثروبولوجيا الطبية . ويدرس فيه الأنثروبولوجي أثر الفئاة والموامل الاجتماعية على تحديدات وتحيات أنواع معينة من الفذلاء ، كما يدرس مسألة الفذاء المناسب كما تراه كل جماعة ، والمعايير المرتبطة بتناول الطعام والمفاهيم الاجتماعية للسادة من الجوع والشهية وفقدان الشهية والتعبير عن كل منها . ويهتم أيضا بالدور الرمزي للطعام على أساس أن تناول الاطعمة والمشروبات أحيانا يكون تعبيرا عن الروابط الاجتماعية أو عن تباك الجماعة . وإذا كان الطعام والحصول عليه يرتبط بالجانب الاقتصادي فإن الطعام يرتبط في بعض الأحيان بالفسقوط الاجتماعية . ومن الموضوعات الهامة أيضا في هذا المجال علاقة الفئاة بكفاءة عملية التغذية ، فالمحددات

الثقافية التى تحتم اطعمة معينة وتبتع غيرها أحيانا تضع قيودا على الانادة من الغذاء . كما يؤدى النشل فى ادراك العلاقة بين الطعام والصحة ، أو النشل فى التعرف على الضروريات الغذائية للطفل وللمريض الى مشكلات صحية أيضا ، وهى كلها موضوعات هامة يجب دراستها . كما أنه من المهم أيضا دراسة المشكلات الغذائية فى حالات الفقر للتغنى والاجتماعى .

وقد اتجهت الدراسات التى أجريت فى هذا المجال الى التعرف على سوء التغذية وعلاقته بالعادات الغذائية ، وأثر تنمير الوجبات على العادات الصحية ، والاقتصاد وعلاقته بسوء التغذية فى مجتمعات معينة . كما خصص بعض الباحثين دراساتهم على نوعية واحدة من العناصر الغذائية فدرسوا مثلا نقص البروتين فى الغذاء فى مناطق معينة فى الهند ، كما درس غيرهم الاتجاهات الجديدة لتحسين التغذية .

٥ - الأيكولوجى :

يهتم هذا الموضوع بمسألة الوجود فى بيئات طبيعية على مسعويات الصحة العامة واحتمال الإصابة بالأمراض . كما يدرس أثر الوجود فى بيئات اجتماعية وثقافية معينة على الصحة والمرض أيضا . وعلى الرغم من أن كل موضوع من الموضوعين السابقين يمكن أن يعالج معالجة مستقلة الا أنه لا يخفى على الدارس أن هناك علاقة بين الوجود فى بيئة طبيعية وبين التراث الاجتماعى والثقافى السائد لدى الجماعة التى تسكن هذه البيئة .

والموضوعات فى هذا المجال متعددة فالأنثروبولوجى يمكن أن يدرس أنماط البيئات الطبيعية (كالبيئات الصحراوية والريفية) وأثر الوجود بها على الصحة مثل دراسة تأثير عزلة المناطق الصحراوية أو الريفية على مستويات الصحة العامة بها . كما يمكنه أن يدرس انواع البيئات الخطرة أو التى يعيش الناس فيها وهم يعانون باستمرار من نقص المياه أو نقص الغذاء أو التعرض للأمراض ، وهو يجب عليه أن يهتم فى هذه الحالة بالاساليب التى يتبعها الناس من أجل البقاء فى البيئات القاسية . أما اهتمام الأنثروبولوجى بالبيئة الاجتماعية والثقافية وعلاقتها بالصحة والمرض فيتضمن دراسة انواع المجتمعات المحلية ، أو الاحياء الخاصة والشعبية ، والانماط الاجتماعية والثقافية السائدة فى كل منها ، والمهنة او المهن السائدة .

وقد أجريت دراسات عدة فى هذا المجال نذكر منها على سبيل المثال

دراسة الانماط الثقافية والمعتقدات السائدة بين الجماعات البدوية وإثرها على أنشطة القضاء على الملاريا . والدراسات العديدة التي أجريت لتتعرف على محاولات الوقاية من المرض في المناطق الريفية ، والدراسات النوعية للبرامج الصحية في بيئات معينة . والدراسات الخاصة بمشاركة المجتمع المحلي في الإسكان وصحة البيئة .

٦ - الطب الشعبي :

الطب الشعبي من الموضوعات الهامة التي كرس لها من يعملون في مجال الأنثروبولوجي الطبية وقتا وجهدا كبيرا . وربما يرجع ذلك الى أن معظم المجتمعات التي عملوا بها كانت مجتمعات بدائية أو نائية تنتشر فيها وسائل العلاج الشعبية . وحتى إذا كان الطب الحديث قد غزا مجتمعات نامية كثيرة ، فإن الأنثروبولوجيين ظلوا أيضا يركزون لفترة طويلة على دراسة جانب الطب الشعبي دون الرسمى ، وربما نكر البعض منهم في أن التخصص ينحصر فقط في دراسة ما هو تقليدي أو بدائي . على أنه إذا كنا اليوم نرى الأنثروبولوجيا الطبية تهتم بالتطبيقات الحديثة للطب وبالمؤسسات الطبية في المجتمع المعاصر ، إلا أن موضوع الطب الشعبي كان ، وما زال ، ونجب أن يقال موضوعا أساسيا من موضوعات التخصص ، فلا توجد ثقافة من الثقافات إلا احتوت على عناصر من الطب الشعبي ، ولا يوجد مجتمع بدائي أو مجتمع نام أو مجتمع متحضر إلا وتنتشر فيه طرق العلاج الشعبي ، والفارق بين هذه المجتمعات يتعلق بمسألة النسبية . فالمجتمعات المتحضرة أكثر اعتمادا على الطب الحديث وأقل اعتمادا على الطب الشعبي والعكس صحيح . على أننا نود أو ننبه الى أن بعض المجتمعات المتقدمة ينتشر فيها اليوم تيارات تنطلق بالتشخيص والعلاج هي في الواقع صياغات جديدة وصور حضارية لممارسات شعبية قديمة لكنها لوئت نفسها لكي ترضى عقلية الإنسان المتحضر ، وهي كلها أساليب وطرق ترتبط في كثير من الأحيان بالمعتقدات . بل أن هناك عودة الى طب الأعشاب والتداوى بالطب الشعبي الطبيعي للبيئة ، تماما كما كان يفعل الإنسان قبل أن يصل به الطب الحديث الى أن ينظر الى التداوى بالأعشاب على أنه أسلوب بدائي .

ويتضمن البحث في هذا الموضوع التطرق الى مسائل تتعلق بتفسير المرض في الثقافات المختلفة فهناك الانساق الطبية التي ترى أن الإنسان ضحية فيصابه بالمرض نالآلهة أو الكائنات غير المرئية ، أو الطبيعية قد أرادت له المرض . كما يتضمن أيضا تصنيف الأمراض وأرتباط ذلك بأسمائها ، وطرق علاج الأمراض المختلفة . وإذا كلن الدارسون في هذا

المجال تد اهتموا بدراسة أمراض عديدة فإن هناك اهتماما خاصا بالامراض العقلية والنفسية والعلاج النفسى الشعبى . يتطرق الباحث في هذا الموضوع الى مسائل مثل كيفية النظر في المجتمعات التطبيقية الى الامراض العقلية ، وكيف بدأت المجتمعات تهتم بالامراض العقلية ، وما هو التعرّيب اللغافى للسواء وعلم السواء ، وما هى أهداف العلاج . كما يمكن أن يقارن للباحث بين نوعيات الامراض العقلية السائدة في ثقافات مختلفة ، وأن يهتم بتأثير التغيرات التى تحدث في المجتمع على الامراض العقلية .

ويهتم الباحث في الطب الشعبى أيضا بالمعالجين الشعبيين من حيث انماهم تمييز بين العرايين والسحرة ومن يعالجون بالاعشاب او يخرطون من الوسائل . وهناك جوانب علمية في دور الطبيب الشعبى يفتى الاطعام بها مثل كيفية التخصص في العمل ، وكيفية اختبار وتدريب الطبيب الشعبى ، وطبيعة تصور الناس عن المهنة واعتقاد الناس في قدرات الطبيب الشعبى ثم انجاهم نحوه ، والمقابل الذى يفتاضه المعالج الشعبى نظير قيامه بالخدمة . ومن الجوانب الهامة أيضا دراسة علاقته مع المريض ، ومنع جبايته القرابية .

ويهتم الانثروبولوجيون اليوم بدراسة جوانب الضعف والخلوورة وجوانب القوة في الأساليب الطبية التقليدية ، بحيث يعرفون على مسافة بعض الأساليب العلاجية أو ضررها وخطورتها أو عدم جدواها . وتجسدى هذه الدراسات في المشروعات والبرامج العسوية إذ يمكن الانتفاع بنتائجها لتوجيه الحملات الصحية توجيها واعيا . كما يمكن أن تنفذ في لقاء الضوم على ما هو ملود من الممارسات الشعبية وما يمكن منها أن يكون عاملا من عوامل التطب على الامراض بحيث يتعاون هذا الجانب مع أهداف الطب الرسمى للتغلب على نفس المرض .

وتقد أجريت دراسات في هذا الموضوع بحيث غطت معظم جوانب الموضوع . فهناك دراسات عن الاعشاب الطبية في مجتمعات معينة ، ودراسات عن الطب المقدس والطب العلماني ، وعن العلاج والصحة العقلية في ثقافات متعددة ، وعن التغير للتكنولوجيا وأثره على الطب الشعبى وممارسته في الخدمات للصحة .

وأود أن أشير الى أن البحث والدراسة في الطب الشعبى نالت اهتماما خاصا من مدرسة علم الاجتماع والانثروبولوجيا في مصر ، وخاصة في المجال الاكاديمي . وعلى سبيل المثال اهتم أكثر من عضو من أعضاء قسم الاجتماع بجامعة القاهرة بموضوع الطب الشعبى ، ويأتى في مقدمة هؤلاء الجوهري

الذي لم يخل عمله من أعماله الطبية الخاصة بالفلكلور من إشارة إلى ظاهرة تتعلق بالطب الشعبي ، وعلى سبيل المثال خصص الباب الخامس من كتابه « علم الفولكلور » الجزء الثاني ، لموضوع الطب الشعبي يتم فيه على مدى ستة أصول نظرة عامة إلى الطب الشعبي ، ثم ناقش فلسفته ، وتكلم عن أنواع الوصفات ثم عن ممارس الطب الشعبي ، ثم زود الموضوع بدليل يختصر للدراسة الميدانية . وقبل ذلك ضمن دليل الدراسة العلمية للعادات والتقاليد الشعبية أسئلة تتعلق بالطب الشعبي الخاص بدورة الحياة . وعلى الرغم من أنه خصص فصلا منفردا في كتابه « الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية » للطب الشعبي ، إلا أن أجزاء الدليل الأخرى لم تغل بما يتعلق بالطب الشعبي . فعندما تناول موضوع المعتقدات والممارس المتصلة بالنباتات ضمن الدليل أسئلة عن الاستخدام الطبي للنباتات ، كما أهتم أيضا بتقديم شروح لكتب الطب الشعبي في بيليجوراميتة التي صدرت بعنوان « مصادر دراسة الفولكلور العربي . ثلثة بيليجورامية بشروحة » . وبعد الجوهري أهتم تلايذه بنفس الموضوع فقد بدأ كتاب هذا المقال اهتمامه بالطب الشعبي في التحليل النقدي الذي قنيه سنة ١٩٧٥ لكتاب عبد الرحمن أسماعيل بعنوان « طب النخعة » . كما أجرى دراسات ميدانية عن الطب الشعبي لدى بدو الصحراء . كذلك أهتم على المكثف في رسالة الماجستير بالتحرق إلى بعض ممارسات الطب الشعبي في أثناء محاضراته للمعتقدات . كذلك فإن الدراسة التي أجراها الدكتور حسن الخولي وحصل بها على درجة الدكتوراه من نفس القسم مؤخرا في كتابه « الريف والبدنة في مجتمعات العالم الثالث » أهتم فيها بموضوع الطب الشعبي بين الريف والحضر .

٧ - المؤسسات الطبية :

ويعتبر موضوع المؤسسات الطبية الحديثة من الموضوعات الهامة التي أهتم بها الأنثروبولوجيون والتي يجب أن يزداد اهتمامنا بها نظرا لأن الخدمة بها تتأثر بموامل مجتمعية عديدة بما يؤثر على أداء دورها سواء سلبا أو إيجابا . وتعتبر المستشفى والوحدة الصحية والميادة الطبية هي نماذج المؤسسات الطبية التي يجب الاهتمام بها . وقد أشار فوستر إلى أهمية دراسة بناء ووظيفة المستشفى ، والنظر إلى المستشفى كمجتمع صغير . كما أكد أهمية دراسة الصراع في مجال السلطة داخل المستشفى . وطلع الحراك المطلق الذي تتميز به المستشفى . وفي المجتمع الحديث نوه إلى أهمية دراسة تغير دور المستشفى .

ويعبر موضوع السلوك المرضي وعور المريض وعلاقتهم بالعائدين

بالمعالج داخل المؤسسات الصحية من الموضوعات الأساسية في هذا الجانب ، ولا ننسى في هذا الجانب الاسهم الجليل. لبارسونز في دراسة دور المريض . ومن الاهمية بكان تناول نقاط أخرى بالدراسة مثل نظرة المريض لوجوده في المستشفى ، وكيف يتعامل الأطباء مع المرضى في مواقف وتفاعلات متعددة .

وهناك موضوعات لها علاقة مباشرة بالمؤسسات الطبية مثل موضوع مهنة التمريض . وخاصة علاقة التمريض بالأنثروبولوجيا ، من حيث ما يمكن ان يؤديه هذا العلم بالنسبة لتحسين خدمة التمريض كما سبق وتشارت الى ذلك مادلين لينتجر . ويجب ان تجرى دراسات في هذا المجال عن الثورة الحديثة في مجال التمريض وتعليمه ، ودور الممرضة (خاصة ما يتعلق بالفارق بين المثل والواقع) ، وعلاقتها مع الطبيب ومع المريض .

ويعتبر موضوع مهنة الطب أيضا موضوعا هاما في هذا المجال ، ويركز الدراسة فيه على موضوعات مثل مفهوم مهنة الطب ، والتعليم الطبي ، وثقافة الطبية ، والتخصص الطبي ، وفقدان المثالية ... الخ . ويلاحظ ان هذه الدراسات هي مجال للالتقاء والاسهم المشترك بين علم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا الطبية .

٨ - اسداد وتقويم المشروعات الصحية :

هناك اهتمام شديد في عالمنا المعاصر اليوم بموضوع البرامج والمشروعات وحالات الدعاية الصحية في كل المجتمعات بعسفة عامة ، وفي المجتمعات الثمانية بصفة خاصة وهناك اتجاه مواز لهذا الاتجاه هو عملية تقويم المشروعات الصحية . وتم عملية التقويم بناء على معايير معينة ، وإذا كان التقويم يهدف الى التعرف على مدى نجاح المشروع أو البرنامج الصحي فانه ينطبق الى ما يرتبط بنجاح أو فشل المشروع من عوامل اجتماعية أو ثمانية وفي هذا الصدد يجدر الاهتمام بمسائل حيوية مثل الفعريات التي تحدث في المجتمع وأثارها على البرامج الصحية ، ومشكلات المجتمعات المحلية المعزولة ، والائل المرتبة على البرامج والمشروعات الصحية مثل مشروع ادخال المياه الصالحة للشرب الى بعض المناطق أو وضع خطة لمقاومة الامراض المتوطنة . ويهتم الدارس هنا بموضوعات مثل ازدواج الاستجابة للمشروعات ، وجوانب الثقافة التطبيقية التي تموق المشروعات الصحية .

وقد أجريت دراسات عدة في هذا الجانب ، فقد درسوا مشكلات

تطبيق البرامج الصحية في ثقافات معينة ، والعوامل السلوكية اللازمة للتحكم في الأمراض المتوطنة ، والعناصر السلبية والإيجابية في استجابة الناس للبرامج الصحية ، وآثار عوائق الاتصال ، ودور المنزل والمدرسة والمجتمع المحلي في برامج الصحة العامة . واهتم من يعملون في هذا المجال بالاسهامات والحدود التي يمكن في إطارها للعلوم السلوكية أن تسهم في برامج الصحة العامة (١٢) .

دور الأنثروبولوجي في الميدان الطبي :

على الرغم من أن مجال الأنثروبولوجيا ومجال الطب قد تبادلوا المنفعة بالتساوي عندما ظهرت الاهتمامات الأنثروبولوجية بالميدان الطبي ، إلا أن ذلك قد أضاف الجديد من الإعباء والتي نوعية جديدة من المسؤوليات على من يعمل في ميدان الأنثروبولوجيا ، كما أنه فتح المجال لمشكلات وقضايا ذات نوعية جديدة أصبح على الأنثروبولوجي أن يواجهها . وهي لا تقل صعوبة أو أهمية عن تلك المشكلات والقضايا التي كان على الأنثروبولوجي أن يواجهها في دراسته للجبايات البدائية ، لكنها كما ذكرنا تختلف في النوع .

ولعل أول مسألة يمكن أن تواجهها هي قضية الهوية ، فقد أدى نمو الاهتمام بالإبعاد الاجتماعية والثقافية للطب بين الأنثروبولوجيين الذين تلقوا تدريبات متنوعة ، وأصحاب التوجهات النظرية والمنهجية المتعددة ، وذوي الاهتمامات الخاصة فيما يتعلق بالمشكلات التي ظهروا بمشكلة الهوية في الأنثروبولوجيا الطبية . ومن الطبيعي ألا تظهر الهوية إلا إذا تم ترشيدها العمل في هذا المجال بشكل يسمح بظهور هذه الهوية وتبنيها . فتدخل الأنثروبولوجي في المسائل الصحية يحتاج إلى ترشيدها لما نعنيه بمصطلح الأنثروبولوجيا الطبية والأنثروبولوجيا الكلينيكية لأن ذلك سيساعد على تحديد كيفية تدخل الأنثروبولوجي في المسائل الطبية (١٣) .

ويطلب تدخل الأنثروبولوجي في الميدان الطبي حد أدنى من المعرفة الصحية والطبية . فإذا كان هذا المجال يمكن تعريفه على أنه دراسة الصحة أو لاعتلال الصحة كنتيجة لعوامل متعددة منها سلوك الإنسان الاجتماعي

(١٢) د. بيل صبحي حنا ، المرجع السابق ، ص ٢٨ - ٤٤ .
(١٣) Linda Alexander, Clinical Anthropology : Morals and Methods. Medical Anthropology, Vol. 3., No. 2, 1979, pp. 61, 63, 64.

والثقافي فإن تاهيلا خاصا في مجال علم الأمراض يعتبر ضروريا للأنثروبولوجي لكي يستطيع أن يحكم على ما إذا كانت عوامل اجتماعية وثقافية معينة ترتبط بالآصابة بمرض ما . ونود أن ننبه إلى أن إطلاق أحكام تتعلق بارتباط العوامل الاجتماعية والثقافية بالصحة والمرض دون دراسة كافية ودون الاعتماد على إجراءات علمية منضبطة سوف يظل من شأن هذا التخصص في نظر من يعملون به وفي نظر من ينتظرون منه اسهاما وهم خارج الدائرة على السواء .

والأنثروبولوجي الذي يعمل في المجال الطبي يمكنه الاسهام في مجالات عديدة . فهو يستطيع أن يلفت انتظار من يعملون في هذا المجال إلى أهمية التعرف على السلوك الانساني ونمجه وتفسيره على مستوى الفرد ، وعلى مستوى الجماعة ، ثم على مستوى المجتمع المحلي . ويستطيع أن يقوم بهذا الدور عن طريق مشاركته وعمله مع الاطباء وغيرهم من فريق العمل الصحي ، كما يمكنه القيام بهذا الدور أيضا عن طريق البحوث والدراسات والكتابات التي يمكن أن يقرأها الجانب الطبي .

ويمكنه أيضا مساعدة الاملاء على تنمية مهاراتهم في عمل الوثائق وفي الملاج والتشخيص ، وفي رعايتهم لمرضاهم بصفة عامة . كذلك يمكنه العمل على تحسين العملية التعليمية بالنسبة لطلبة الطب أثناء فترة تعليمهم ، ومساعدة من يعملون في المجال الطبي على التكيف للتغيرات البيئية السريعة سواء في مجال التنظيم أو في مجال المجتمع المحلي أو الثقافة .

ويمكنه أيضا - عن طريق الدراسات التي يجريها وباستخدام المنهج الأنثروبولوجي المميز - أن يتعرف على وجهات نظر من يقبلون على العلاج وتوقعاتهم وتعريف الفريق الطبي بها . وهو يمكن أن يساعد الاطباء على أن تتولد لديهم حساسية الملاحظة لجمع المعلومات وتفسيرها تفسيراً صادقا ، وأن يدرهم على التنبؤ بسلوكهم الشخصي وسلوك الآخرين .

أما من جهة المهارات فهو يمكنه أن يعمل على اكتساب من يعملون في المجال الطبي مهارات تعليمية لكي يستطيعوا تعليم أنفسهم ومرضاهم ومن يعملون معهم . ويمكنهم أيضا تقديم ارشاداتهم في مجال الإدارة وتوجيه المهارات أثناء تقديم الرعاية الصحية للأفراد والأسر والجماعات (١٤) .

{14} Donald A. Kennedy, Anthropologists in Medical Education, Medical Anthropology, Vol. 3., No. 3., 1979, pp. 288-289.

وأود أن أثير في نهاية هذا الفصل إلى أن محاولة الربط بين مجال
الاعتبارات الطبية ومجال الاعتبارات الاجتماعية الذي حاولت توضيحه
ما زال على المستوى النظري فقط . ولذا كانت هناك مجالات — مثل تنظيم
الأسرة — قد اهتمت بالبحوث الاجتماعية لمعالجة ظواهر طبية وحيوية ، إلا
أن المشاركة الفعالة الواعية ، والأسهام المشترك في خدمة قضايا الصحة
والمرض في مصر لم يبدأ بعد . وربما يرجع ذلك إلى أن الأنثروبولوجيين لم
يقدموا أنفسهم — بكفاءة — للعمل في هذه المجالات . وربما يرجع أيضا إلى
عدم اقتناع بعض من يعملون في المجال الطبي بجدوى الدراسات الاجتماعية
والعمل الاجتماعي . وما أثير بمعملا هو أن مجتمعنا ومصرنا الآن تحتاج
في حالة مرضها وفي حالة اعتلال صحتها ، أو حتى في حالة سميها نسو
مستوى محي أنضل للعمل الاجتماعي (بجانب العمل الطبي) تماما كما
تحتاج إليه للارتقاء بختلف جوانب المجتمع . ولكي نستطيع في المستقبل
التغلب بسهولة على كثير من مشكلاتنا الصحية يتطلب ذلك ادراكا واعيا
للنور الاجتماعي كما يتطلب أيضا عملا جادا مخلصا على مستوى رفيع من
الاجتماعيين المهتمين بموضوعات الصحة والمرض .

الفصل الثالث

علم النفس الطبى

علم النفس الطبى هو ذلك الفرع من علم النفس والدراسات السلوكية التى تركز على المسائل الصحية . وهو يهتم بدور السلوك فى الصحة والمرض . ويلاحظ أن فكرة علاقة السلوك بالصحة فكرة ليست بجديدة ولا تحتاج الى اثبات اذ نحن نلبس كل يوم أن جزءا كبيرا من النصائح الطبية التى تقدم للمرضى أو للاستعاضاء على السموات تتعلق بجوانب سلوكية . وعلى سبيل المثال فالطبيب ينصح المريض بالراحة للتخلص السريع من مرضه . أما الشيء الحديث نسبيا فهو إمكانية دراسة السلوك بطريقة علمية : والاحداث من ذلك هو إمكانية تطبيق هذا العلم فى مجال الطب . ويمد ظهور علم النفس الطبى محاولة لتأكيد هذه العلاقة (١) .

ويرجع اهتمام علم النفس بالمجال الطبى الى أن علم النفس لم يعد يحصر نفسه فى موضوعات تتعد عن الواقع التطبيقي ، بل أصبح هناك ما يسمى بعلم النفس التطبيقي ، وهى تلك الدراسات التى تحاول تطبيق الحقائق والتولدين والمبادئ التى كشف عنها علم النفس العام على أوجه الانشطة المختلفة . وقد طبقت مبادئ علم النفس فى مجالات عديدة مثل الصناعة والتجارة والزراعة والجيش ، وكان من بينها المجال الطبى (٢) . وقد اتسم اهتمام علم النفس بالمجال الطبى بالانحسار اذ لم يقتصر الاهتمام على الاسهام السيكولوجى فى مجال الاضطرابات النفسية والعقلية بل امتد الى مجالات طبية أخرى . فقد أصبح علم النفس اليوم يحتل مكانة هامة كجزء من الاجزاء الاساسية المكونة لنظم الرعاية الصحية ، وأصبح هناك الآن تزايد فى ادراك هذا الدور والاهتمام به . ويظهر ذلك جليا فى

(1) James C. Norton, Introduction to Medical Psychology The Free Press, London, 1982, p. X.

(٢) عبد الله عبيد الجى موسى ، المدخل الى علم النفس ، مكتبة الخاتنى بالقاهرة . ودار الرفاعى بالرياض ، الطبعة الثالثة سنة ١٩٨٢ ، ص ٥٦ .

المستشفيات وكليات الطب ومدارس التمريض عندما نجد برامج عنوانها « الطب التكاملي » أو « الطب السلوكي » أو « الطب البيئي » . بل أن برامج كلية مستقلة في مجال علم النفس يتم تدريسها في هذه الأماكن الآن ، وهي تتضمن - كما ذكرنا قبل ذلك - تطبيق الاسس النفسية على المجال الصحي . وينظر طلبة الطب ومدارس التمريض الى علم النفس على انه يقدم لهم المفاهيم والأساليب التي تساعد على مزيد من الفهم لمظاهر الصحة ومظاهر المرض (٣) . ويتطرق علم النفس الطبي الى أبعد من ذلك إذ انه يتدخل في اجزاء معينة من عملية علاج امراض محددة ويستخدم في ذلك نظريات نوعية خاصة به . ويتدرج هذا ابتداء من الحالات الخاصة مثل علاج اضطرابات دقات القلب الى تلك الاتجاهات العامة للتدخل السيكولوجي بهدف تحسين الاستجابة للاجراءات الطبية في حالات الجراحة او فسيل القلب (٤) .-

ولكي نستطيع التعرف بطريقة أوضح على كيفية ظهور علم النفس الطبي والمخفق الكائن وراء اسهامه في مجال الصحة ينبغي أن نتبنى منظوراً أشمل ، وهو أن ننظر الى الطب في ضوء فكرة التغير والقوى المؤدية الى هذا التغير ثم في ضوء دور السلوكيات في هذا المجال المميز . فلا شك أن هناك قوى تعمل على تغيير الواقع الطبي في عالمنا المعاصر ، ويوجد بعض هذه القوى داخل بيئة الطب نفسها ويأتي بعضها الآخر من خارج المهنة :

من جهة القوى الداخلية أدت الاختراعات الجديدة في مجال العلاج والدواء الى تغييرات مبركة ، فقد أدت الى الحفاظ على الإنسان ومقاومة المرض الذي يريد أن يمتلك بحياته سريعاً ولكنها لم تؤد الى الشغل الشاغل في كثير من الحالات ، ولم تؤد حتى الى التحسن في بعض هذه الحالات . وإذا كلن اتساع وتنوع المعرفة الطبية قد ساعد على تقدم الطب الا أن التنوع الشديد في هذه المعرفة قد أدى الى صعوبة تحديد ما هو اللازم منها لتسليم وتدريب الأطباء . وأخيراً فإن مهمة الطبيب المعالج أصبحت موضع تساؤل بعد أن أخذ الطب الوقتل مكانه جنباً الى جنبه مع الطب العلاجي التقليدي .

أما القوى الخارجية فهي عديدة ، وهي تتمثل في مستهلكي الخدمة الطبية وتدرتهم على توفيل أموالهم الى الحكومة . وهم يشكلون قوى

(3) Donald A. Bakal, Psychology and Medicine : Psychological Dimensions of Health and Sickness, Springer Publishing Company, Inc., New York, 1979, p. 1.

(4) James C. Norton, Op. Cit., p. 55.

الجبهات حينما يطالبون بما يريدهونه . وتشمل مطالبهم موضوعات وقضايا عديدة تبدأ من المطالبة بنوعية جديدة من الخدمة الصحية الى المطالب المتعلقة بتكاليف هذه الخدمة ، وتبدأ من تعليم وتدريب الاطباء حتى تعيينهم . وفي كثير من الاحيان تتضارب هذه المطالب ، فالتوسع نطاق الخدمة الطبية مع تقليله التكاليف أمر يصعب تحقيقه في وقت واحد . كذلك فان الحاجة الى خدمات متخصصة جداً يقابلها حاجة ملحة الى اطباء الرعاية الصحية الأولية . والحاجة الى توظيف كثير من المهنيين في مجال الصحة تقابله حاجة أخرى هي ضرورة التأكد من كفاءة كل منهم . ويتضح لنا من ذلك أن القوى الاجتماعية والاقتصادية والسياسية تحاصر الطب في المجتمع .

هناك أيضاً النوع المميز من القوى المعرفية والعلمية والتكبرية . وهذه أيضاً لها تأثيرها القوي على مناخ العمل في المجال . ويعد علم النفس السلوكي Behavioristic Psychology أحد هذه القوى التي يزداد تأثيرها يوماً بعد يوم . وعلى سبيل المثال فمن التراث التجريبي والكلينيكي المتوارث يحاول أن يتعرف على مدى ملائمة ونفع الدراسات السلوكية لمجال الطب . وعلى الرغم من أن هذا التراث يعالج موضوعات متنوعة ، إلا أنه يوصلنا الى نتيجة عامة : وهي أن القوانين التي تحكم السلوك تلعب دوراً هاماً في الجانب الإنساني . فالدراسات التي أجريت على موضوعات مخلفة مثل استجابة المرضى للنصائح الطبية وخضوعهم للعلاج المحدد ، وأثر التمارين الرياضية على الصحة وما الى ذلك قد أنتهت كلها الى نتيجة محددة وهي أننا اذا أردنا للطب أن يحقق أكبر تأثير فلابد أن يستطيع أن يستوعب ويعي ويستخدم قوانين السلوك لا أن يكتفي بذلك القوانين التي تحكم الجوانب الفسيولوجية في الجسم .

ويركز امهام علم النفس في مجال الطب على أساس علم وهو أن دراسة السلوك تقدم لمهنة الطب الطرق الجديدة للنظر في المشكلات القديمة أثناء محاولة الطب إيجاد الحلول للمشكلات والابتغاية للحاجات والمسائل المتغيرة . فالبعض يطلب تغيير الأولويات مثل طلب الاهتمام بالسياسات الوثائية بدلا من السياسات التي تضع الرعاية الأولية ضمن أولوياتها . ويلاحظ أن الكثير من هذه التغييرات يتطلب تغييرات سلوكية مثل ابتكار طرق جديدة لضمان وصول الخدمة الصحية ، وإنشاء عيادات الإرشاد الأسري . ويعتبر خلق هذه الأنشطة الجديدة والعمل على دعمها للوصول بها الى الحد الأقصى من الكفاءة مسألة تتمثل بالهندسة السلوكية أيضاً . ولهذا فان من تخصصوا في الطب النفسي والمرضات وخبراء التغذية وبقية أعضاء الفريق الصحي يحتاجون الى الاهتمام بالسلوك إذ أنه يدخل في صميم كافة الأنشطة المهنية . كذلك فان كافة الأنشطة الصحية الجديدة يجب أن

تهتم بالجانب السلوكي. والتغيرات التي تحدث فيه .. وهذا ما يوضح أن هناك علاقة بين علم النفس وبين المجال الطبي (٥) .

والملاحظة الهامة التي نود الإشارة إليها هي أن هوية علم النفس الطبي كبحال متخصص من مجالات علم النفس ما زالت في حاجة إلى مزيد من التحديد . ذلك أن المراجع المتوفرة في مكتبة علم النفس وتتاول موضوع هذا التخصص المتميز. ما زالت تتضمن موضوعات تنتمي إلى فروع أخرى في علم النفس أو تنتمي حتى إلى الطب النفسي . وإذا كنا يجب أن نسلم بأن بعض الموضوعات يمكن أن يتناولها أكثر من تخصص علمي أو أكثر من فرع داخل التخصص الواحد - كما سنوضح فيما بعد - إلا أن هناك بعض الكتب والمراجع التي تضمنت عناوينها ما يشير إلى أن علم النفس الطبي يمكن أن يكون مرادفا للطب النفسي . وعلى سبيل المثال فإن كتاب ديسموند كوران وزملاؤه المعنون علم النفس الطبي كتب تحت هذا العنوان عبارة أخرى هي « مقدمة في الطب النفسي » . وقد نوقشت فيه موضوعات مثل أساليب الأمراض العقلية. وأعراضها وتصنيفها وأمراض الضخمية مثل الشيزوفرينيا واستجابات الشخصية وأمان الكحول والمخدرات . كما حوى جزءا من الجوانب القانونية للأمراض العقلية (٦) . وتوجد بعض المراجع التي جمعت بين الجانب النفسي والسلوكي والاكلينيكي والبيولوجي خاصة فيما يتعلق بتناول الحالات المرضية . وللمثال الواضح على ذلك كتب ستانفورد كوهين وروبرت روس للمعنون « منخل إلى علم النفس البيولوجي وعلم الأمراض » . ويهتم الكتاب بكيفية تفاعل الجوانب البيولوجية مع النفسية من خلال دراسته لموضوعات عديدة مثل المخ والسلوك والوظائف العقلية ، والعلاقة التفاعلية بين الجسم والمخ ، والنتائج النفسية للتغيرات البيئية ، والهرمونات كنظم لاستجابات العقل ، وعلاقة ضغوط الحياة بالأمراض النفسية (٧) .

غير أننا يمكن أن نجد كتابا ومراجع أخرى قد بدأت تخلص نفسها من الموضوعات التي ترتبط مباشرة بالطب النفسي ويدت هذه الكتب أكثر التزاما بالإبعاد النفسية حتى عندما تطرقت إلى مناقشة الأمراض العقلية أو

(5) James C. Norton, Op. Cit., pp. IX, X.

(6) Desmond Curran and Others, Psychological. Medicine : An Introduction to Psychiatry, Longman Group Limited. New York, Ninth Edition, 1980..

(7) Sanford I. Cohen and Robert N. Ross, Handbook of Clinical Psychology and Pathology, Vol. 1. Hemisphere Publishing Corporation, U.S.A. 1983.

العصبية . وتضمنت تدرا أكبر من الموضوعات التي تركز على الحالة النفسية للمريض في البيئات العلاجية . والكتاب الذي يمكن أن يتخذ مثالا لهذا الاتجاه كتاب كنت ودالجيش « علم النفس والرعاية الصحية » . فقد نوقشت فيه موضوعات مثل البيئة وعلاقتها بالظواهر النفسية وتضمن ذلك شرح كيفية فهم البيئة وتفسيرها ، والأطوار البيئي للخرات . كما نوقشت موضوعات أخرى مثل تجهيز المريض لمواقف العلاج الطبي ، والشخصية وأعراضها النفسية ، ثم المدخل والنظريات المنسرة لهذه الظواهر مثل المدخل السلوكي . . . وقدمت في هذا الكتاب موضوعات تربط بين الجانب الجسدي والنفس والاجتماعي . اذ يتضمن الكتاب دراسات عن الذاكرة والذكاء ، وعن المحيط الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية المبكرة للإنسان ، وتأثير التقسيم الى جنسين (ذكور وإناث) على الظواهر الاجتماعية والنفسية ثم ديناميات الاسرة والتكيف للتغيرات الحياة . كما ناقشوا موضوع علاقة الطبيب بالمريض ونكرة الألم والأذعان للارشاد الطبي (٨) .

ويمتد كتاب نورتون : الذي سبق الإشارة اليه - بعنوانه « مقدمة في علم النفس الطبي » الذي صدر سنة ١٩٨٢ محاولة جادة في هذا المجال . ويحوى الكتاب جزءا رئيسيا (الجزء الاول في الكتاب) يربط فيه المؤلف بين علم النفس والطب من خلال منظور تاريخي . وهو من خلال استعراضه للتاريخ وينطق الطب يهد للدارس نهما عميقا لطبيعة العلاقة التاريخية بحيث يستطيع أن يعمل بكفاءة أعلى في هذا المجال المتيز . ويقدم نورتون الطب في هذا الجزء كمؤسسة اجتماعية ، ثم ينهي هذا الجزء بفصل عن النظرية السلوكية . أما الجزء الثاني فيهتم بالتدخل الميكولوجي في المجال الطبي وهو يضم سبعة فصول حاول فيها المؤلف أن يبين دور علم النفس في علاج وتشخيص العديد من الأمراض ، فقد عالج أمراض القلب والكلى وموضوع الجراحات والألم والاستجابة للطبيب والأمراض التي يعالجها الطب النفسي ثم الأمراض المؤدية للوفاة . وتدمج المؤلف في الجزء الثالث قضايا تتعلق بالسلوك غير الصحي . فقد تناول على سبيل المثال الضغوط والادمان أو سوء استخدام العقاقير والمواد المسكناات في موضوعات تتعلق بالطب التوقائي مثل رعاية المسنين وأساليب الحفاظ على الصحة .

وقد كتب نورتون مؤلفه هذا لعلماء النفس ولطلبة علم النفس وللممارسين يحاول تطبيق الاستراتيجيات السلوكية في الصحة . وقد كتبه أيضا للأطباء اذ أنه من الملاحظ أن عددا كبيرا من الأطباء الذين يجرون دراسات

أو يكتبون في موضوعات يدرسون ويؤلفون في موضوعات سلوكية . كذلك أشار الى أنه يمكن أن يكون مفيداً لأعضاء الفريق الصحي مثل الممرضة والاداري والاختصاصي الاجتماعي .

ويشير المؤلف الى نقطة هامة تتعلق بفهم علم النفس الطبي ومدى انتشاره . فقد أشار الى أن كتابه يحمل عنوان « علم النفس الطبي » ولكن من الممكن أن يسمى أيضا « مقدمة في الطب السلوكي » وأشار الى اختلاف المصطلحات المستخدمة للتعبير عن الموضوع الواحد في أكثر من مكان ، فقد أشار الى أن مصطلح « الطب السلوكي » أكثر استخداماً في الولايات المتحدة الأمريكية وهو يحمل نفس معنى « علم النفس الطبي » ولكنه أشار الى أن استخدام هذه التسمية الأخيرة تحقق قدراً أكبر من الدقة ، إذ أنها يمكن أن تشير الى الانشطة الاكلينيكية المكونة لهذا المجال والنظريات التفسيرية والحقائق التي تمثل نوعاً من علم النفس وليس نوعاً من الطب .

وسوف نقبض هنا الكلمات التي ختم بها نورثون مقدمة كتابه لأنها — وإن كانت تشير الى محتوى الكتاب وأهميته — إلا أنها تشير الى هذا الميدان الجديد وما ينتظر منه . فهو يقول :

« أن ميدان علم النفس الطبي هو أحد الميادين الجديدة وتعتبر حدوده غير واضحة المعالم ... وتتصف موضوعاته بأنها مثيرة نظراً لأهمية المبادئ السلوكية في العلاج وفي الوقاية ... ويمثل الطب أروع انتساج حضارتنا ، فهو مليء بالطبقة المتبصرة .. والتكنولوجيا المتطورة .. والفيرة المرة .. والشجاعة العظيمة .. والنظرة المنبهرة بما لا تعرفه ، والحكمة المستليخة . ونحن لن نستطيع أن نفهم الطب إلا اذا عشنا بداخله . فهو لا يمكن أن يفهم من الخارج ... انه يحتاج أن ننظر اليه بإدراك أكثر وضوحاً لكي نتعرف على طبيعته ... وهذا ما سيؤهلنا الى احترام جوانب القوة فيه والتعرف على جوانب الضعف التي تكمن بداخله ... ان هناك نمواً غنياً جداً للتعاون بين الاطباء وعلم النفس لتحسين الصحة وتحسين الاداء الوظيفي للمرضى والحفاظ على الاسحاء بنأى عن الامراض » (٩) .

علم النفس الطبي بين الفروع العلمية الأخرى :

لكي نستطيع أن نتقن مجال علم النفس الطبي بين فروع علم النفس الأخرى ينبغي لنا أن نتعرف على علاقته بالفروع الأخرى . وترجع هذه

الاهمية الى أن علم النفس الطبى نشأ من خلال العمل فى فروع أخرى - وبالأول يرتبط بالموضوعات الأساسية التى تناقش فيها ، بينما يتمسكون مع فروع أخرى وينبذ منها . وتهدف مناقشة العلاقة هنا الى هدفين أساسيين : الأول هو مزيد من الإيضاح لحدود التخصص بين علم النفس الطبى والفروع الأخرى ، والثانى تقديم نماذج التعاون وجوانبه بين هذا الفرع المتنبذ والفروع الأخرى .

ولعل أهم الفروع التى يمكن أن يكون لعلم النفس الطبى علاقة بها علم النفس الاكلينيكي ، وفى نفس الوقت يمكن أن يحدث خلط لدى الدارس بحيث يحسبها تسمية مترادفة لفرع واحد من فروع المعرفة . ويعتبر علم النفس الاكلينيكي من أضخم فروع علم النفس إذ أن حوالي ٣٠٪ من يعملون فى مجال علم النفس يرتبطون بنشاطهم بالعمل الاكلينيكي . وهم يبتغون باستخدام الأساليب السيكولوجية للتعرف على الأمراض السلوكية وعلاجها . ومن الطبيعى أن تؤدي الأمراض المتعلقة بالسلوك الى ظواهر غير مرغوبة ، فهى تؤدي الى مشكلات تؤثر على الفرد والمجتمع على السواء (١٠) . ويعتد علماء النفس الاكلينيكي فى أداء عملهم على تطبيق الاختبارات السيكولوجية وإجراء المقابلات الإكلينيكية المتبعة مع الأفراد . وتستخدم مثل هذه الإجراءات على نطاق واسع للأغراض التشخيصية . وتساعد من جهة أخرى على اختيار الأفراد فى مجالات معينة (١١) ويمكن تعريف علم النفس الاكلينيكي بالمعنى الواسع بأنه ميدان تطبيق المبادئ السيكولوجية التى تبين أساسا بالتوافق السيكولوجى للأفراد . ويتضمن ذلك دراسة مشكلات معينة مثل مشكلات التوافق والاحتباط والقلق والتوتر لدى الأفراد . كما يتضمن علاقاته بالآخرين ، ويتضمن أيضا مطالب المجتمع الأكبر الذى يعيش فيه وأهدافه وعاداته (١٢) . ويتضح لنا فى ضوء التعريف السابق لعلم النفس الطبى أن هناك اختلافا بينهما ، نعم علم النفس الطبى ليس هو علم النفس الاكلينيكي وإن كان هناك نوعا من التداخل بينهما . وسوف نتضح لنا هذه النقطة بجلاء عندما نطرق الى الموضوعات التى يناقشها علم النفس الطبى فى الفترة التالية من هذا الفصل .

(10) Witting A.F. Theory and Problems of Introduction to Psychology, McGraw-Hill Books Company, U.S.A., 1977, p. 6.

(11) John Mann, Frontiers of Psychology, The Macmillan Company, New York, 1963, p. 32.

(١٢) جوليان روتر . علم النفس الاكلينيكي ، ترجمة الدكتور عطية محمود هنا ، مكتبة أصول علم النفس الحديثة ، دار الشروق ، بيروت ، الطبعة الثانية ، سنة ١٩٨١ - ص ٢٣ .

ويمكن لعلم النفس الطبي أن يبيد ويرتبط أيضا بجمال آخر من مجالات علم النفس وهو علم النفس الفسيولوجي ، وهو المجال الذي يتناول علاقة السلوك المتكامل بالميكانيزيمات البدنية ، على أن علم النفس يهتم بمحنة عامة بالفرد بوصفه وحدة بيولوجية بتناسكة متكاملة تستجيب لبيئتها الخارجية بوسائل متنوعة . وهو إذا كان يهتم بهذا الكيان الكلى فهو يهتم أيضا بكيف تعمل الأجزاء الخفية من الجسم أثناء السلوك . وتسهم دراسة أعضاء الحس والإعصاب والغدد والعصلات من الوجهة التشريحية والفسيولوجية في فهم الإنسان ككل إذ إن انهيار الوظيفة الكلية يكاد يرجع دائما إلى انهيار وظيفة جزء ما . كما أن المظهر البسيط نسبيا لاى فعل صريح إنما يقوم على أساس من التعميد البالغ . ويحتاج المختص في علم النفس الفسيولوجي أن يفهم لبنية الجسم ووظائفها فهما تاما قبل أن يشرع في فهم ميكانيزيمات السلوك (١٢) . وإذا كانت بعض مجالات علم النفس الطبي تمتد إلى دراسة سلوك الإنسان وردود أفعاله في مجالات ومواقف متنوعة فإن دراسات علم النفس الفسيولوجي يمكن أن تكون شديدة القيمة بالنسبة للمختص في علم النفس الطبي .

أما الفرع الآخر الذى له علاقة وثيقة بعلم النفس الطبي فهو علم النفس الاجتماعى . وهو أحد الفروع النابية والمختصة في علم النفس ويهتم بسلوك الفرد كما يتشكل من خلال المواقف الاجتماعية المختلفة . ولهذا فإن موضوعه هو الدراسة العلمية لسلوك الصادر عن الفرد تحت تأثير لمنهبات الاجتماعية المختلفة وما بينها من علاقات (١٤) . وينطلق علم النفس الاجتماعى من مقولة أساسية هي أن معظم سلوك الفرد يتم في إطار اجتماعى . ويسهم أفراد المجتمع في تشكيل جزء كبير من استجاباته اليومية . ويهتم علماء النفس الاجتماعى بتفاصيل تتعلق بآثر الوسط الاجتماعى على الجانب السيكولوجى والسلوكى للفرد فيدرسون مثلا أثر الخلفية الاسرية والبيئية على السلوك والاتجاهات نحو المرض وعلى من ينتمون إلى جماعات أخرى . كما يدرسون عملية التوافق مع مصليير الجماعة . وقد بدأ علم النفس التجريبي في الثلاثينيات بأعمال مثل أعمال شريف سنة ١٩٣٥ الذى درس تأثير الضغوط الاجتماعية على الإدراك . ومنذ فترة بدأ الاهتمام بدراسة المعتقدات والاتجاهات والآراء بين العلماء . وقد طوروا لذلك أساليب متنوعة

(١٣) جليغورد ج. ب. مبادئ علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الاول : المبادئ النظرية ، اشرف الدكتور يوسف مراد ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٨٤ ، ص ٢٧١ ، ٣٧٢ .
(١٤) د. مصطفى سويف ، مقدمة لعلم النفس الاجتماعى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة سنة ١٩٨٣ ، ص ١ .

لتسجيل انبساط تفاعل الجباعة والروابط التي تربط بين أعضائها ، وأنشكك
الإتمثال بينهم . كما طوروا تكتيكات لتسجيل التفاعل بين الأفراد (١٥) .

ولعلم النفس الطبى علاقة أيضا بعلم النفس المهنى الذى يركز على
الإبعاد السيكلوجية المرتبطة بين يعملون فى المهن المتنوعة ، ويركز على
مسألة القدرات والكفاءات اللازمة لنجاح الفرد أو لاستمراره فى أداء نوعية
معيّنة من الأعمال . ويدرك من يعملون فى هذا التخصص أنه لا يجب عليهم
نقط أن يتعرفوا على قدرات الأفراد بقدر ما يجب عليهم أيضا التعرف على
طبيعة الأعمال ومزايا التشغيل فى مجال معين من هذه الأعمال (١٦) . ويرتبط
علم النفس المهنى بعلم النفس الطبى ارتباطا شديدا . ذلك أن للبحوث التى
تحاول الربط بين الظروف المهنية وجوانب سيكلوجية لا تهدف فقط إلى
التعرف على العلاقة بين هذين المتغيرين بل هى تتشعب فى الغالب إشارات
إلى الجانب الصحى البدنى والصحى النفسى على السواء . فهناك البحث
الذى قسّمه بنج عن آثار العمل والضغط الناتج عن الحد المناسب
لطلقة الإنسان والذى درس فيه ٢٥ نوعا مختلفا من الوظائف الذهنية
والحركية والحسية ، واستخدم فى ذلك مقاييس لقياس النبض ، وضغط
الدم ، والاحتزاز ، والتمتع الرقة ، وسرعة الحركات البسيطة وقياس
وزن الرج ، وإدراك المسافات الزمنية ، والقدرة على الانتباه ، والذاكرة
الترية ، وأداء واجبات ذهنية مختلفة ، والقدرة على تصحيح أخطئه .

لقد أشار هذا البحث التجريبي إلى ما يربط بين المهنة والحالة
الجسمية والجوانب السيكلوجية . فقد أوضح البحث أن كمية النشاط
الواجب على الفرد مارستها سواء ذهنيا أو عضليا أو حسيا ينبغي أن تكون
معتدلة فى حجمها ومناسبة له حتى يصل الفرد إلى أقصى كفاية له . ففى حالة
عيبه النشاط المناسبة تكون الوظائف النفسية كالإحساس والإدراك والتذكر
والانتباه فى أقصى اتزان لها وتكرر بينها (١٧) . ويلاحظ أنه قد أجريت
دراسات عديدة فى الجامعات فى مجال علم النفس المهنى يمكن أن تكون
ذات فائدة للتخصص فى علم النفس الطبى . فهناك دراسات تحاول التعرف
على العلاقة بين الإصابة فى العمل أو الاستعداد للإصابة وبعض سمات

(15) Robert Burns, Essential Psychology, MTP Press Limited.
England, 1980, p. 10.

(١٦) المرجع السابق ، ص ١٢ .

(١٧) مرجع عبد القادر طه ، علم النفس وتطبيقاته المعاصرة ، دار المعارف ،
القاهرة ، الطبعة الثالثة سنة ١٩٨٢ - ص ٢٢٢ .

الشخصية ، وأخرى عن علائق الاضطرابات السيكوسوماتية والتوافق المعنى في مجالات مهنية متنوعة . وتعد ركزت دراسات أخرى على العلاقة بين الحوادث وإصابات العمل والتكوين النفسى .

وبالإضافة الى الفروع السابقة توجد بعض فروع علم النفس الحديثة أو الثابتة التى يجب على السيكولوجى المتخصص فى علم النفس الطبى أن ينتفع من نتائجها . وإذا كانت لا توجد الآن كتابات توضح بطريقة مباشرة هذه العلاقة إلا أن القارئ لموضوعات علم النفس الطبى وللبيوضوعات التى يعالجها هذه الفروع يمكن أن يدرك بسهولة مدى الفائدة التى يمكن أن يجنيها من التعرف على نتائج البحوث فى هذه المجالات . ومن هذه الفروع ما يسمى علم نفس المجتمع المحلى Community Psychology وهو أحد الفروع الحديثة فى علم النفس ويركز على دراسة تأثير البناء الاجتماعى للمجتمعات المحلية على سلوك الأفراد . ومن خلال ذلك يعمل السيكولوجى العامل فى هذا التخصص على تحقيق مستوى أفضل من الحياة للأفراد المجتمع المحلى عن طريق التدخل السيكولوجى (١٨) .

والفرع الآخر هو ما يسمى علم النفس الإرشادى Counselling Psychology وهو يستخدم الطرق والأساليب السيكولوجية لمساعدة الأفراد على النجاح فى مواجهة مواقف الحياة ، والنجاح فى التعامل مع المشكلات الشخصية اليومية . ويلاحظ أنه لا يمكن تصنيف من يسعون إلى طلب هذه المساعدة على أنهم شواذ أو مرضى من وجهة النظر النفسية بل هم أفراداً أسوياء يسعون إلى حل مشكلاتهم اليومية مثل المشكلات المهنية والمشكلات المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية . والسيكولوجى الذى يعمل فى هذا المجال الإرشادى يمكن أن يستخدم الأساليب العلاجية السيكولوجية ، ولكن حالات المرض النفسى عادة ما تحول إلى السيكولوجى الاكلينيكى أو إلى الطبيب النفسى (١٩) .

وقبل أن نترك مجال علاقة علم النفس بالفروع الطبية الأخرى يجب أن نتطرق إلى المجال أوسع نطاقاً هو مجال الطب النفسى الذى يعتبر فرعا من فروع الطب . فكلية الطب النفسى Psychiatry مشتقة أساساً من أصل يونانى وتعنى القتل والعلاج للطبى ، وهو يهتم بعلاج الأمراض العقلية . ويحدث الخلط فى ذهن البعض بين علم النفس الطبى وبين الطب النفسى على الرغم من أن هذا الأخير يعتبر فرعا من فروع علم الطب كما

(18) Witting A.F., Op. Cit., p. 7.

(١٩) المرجع السابق ، ص ٦ .

ذكرنا . ويرجع ذلك الى أن تاريخ العلمان الابوان (علم الطب ، وعلم النفس) يؤكد أنه كان هناك تعاونا وثيقا بين علم النفس الاكلينيكي وبين الطب النفسى فى مجال الامراض النفسية . فقد كان التخصص فى الطب النفسى والمتخصص فى مجال العلاج السيكولوجى يصنفان فى سلة واحدة الى أن بدأ التحول من الاقتصار على التركيز على العوامل البيولوجية فى الامراض العقلية الى الاهتمام بالعوامل السيكولوجية ، وقد اتى هذا التحول من داخل علم الطب . فقد كان فرويد على سبيل المثال متخصصا أساسا فى طب الاعصاب وهو الذى أعطى طابع الشرعية للنظريات النفسية وأنواع العلاج التى ترتبط بها .

وعندما نأخذ هذا الوعى وازدادت دراسات علم النفس المتخصصة فى هذا المجال بدأت تتضح الملاقة التعاونية بين علم النفس الطبى وبين الطب النفسى ، فقد درس علماء النفس الوظائف العقلية مثل الإدراك والذاكرة ، ودرسوا طبيعة الذكاء وطبيعة الشخصية ، ودرسوا أيضا سلوك الفرد وسلوك الجماعات ، وقد قام علماء النفس بهذه الدراسات من خلال تخصصهم فى فروع عديدة من علم النفس مثل علم النفس التعليمى والمهنى والصناعى (٢٠) . وقد أدى هذا النمو الى مزيد من الايضاح لطبيعة العلاقة التعاونية . وعلى سبيل المثال فقد توصل العلماء الى أنه على الرغم من أن مرض الشيزوفرينيا تحدثه عوامل بيولوجية فإن القرابة الدموية تؤدى الى زيادة احتمال الإصابة بالمرض . كذلك فإن مجال المقابلة التشخيصية التى يجريها الطبيب النفسى بهدف تشخيص المريض هى أيضا أحد المجالات لحدوث هذا التعاون (٢١) .

ويجب أن نشير أيضا الى أن هناك ما يسمى علم نفس الشواذ ، وهو التخصص الذى يبحث فى نشأة الامراض النفسية والعقلية وضعف العقل والأجرام والأسباب المختلفة لذلك مع محاولة وضع أسس للعلاج (٢٢) . وهو أحد فروع علم النفس أكثر منه مرادفا للطب النفسى ولكنه يتعاون أيضا مع الطب النفسى ويمكن أن تقيد من نتائجه بعض دراسات علم النفس الطبى .

(20) Desmond Curran and Others, Op. Cit., p. 3.

(21) James Norton, Op. Cit.

(٢٢) د. أحمد عزت راجح ، أصول علم النفس ، دار المنار ، القاهرة ، سنة ١٩٨٥ ، ص ٣٧ .

موضوعات الدراسة ومجالات الاهتمام :

يؤدي، تمرننا على موضوعات الدراسة ومجالات الاهتمام التي تناولها من تخصصوا في هذا الفرع إلى تحديد أطر وهوية التخصص . كما يساعد ذلك الدارس على اختيار الموضوع الذي يهتم به من بين هذه الموضوعات . فضلا عن أنه يتيح فرص الأسهل بمزيد من الدراسات التي تلزى التراث . وتود أن نشر إلى أن ما سنذكره ونناقشه هنا هو مجرد نماذج مخفارة من الموضوعات التي يتناولها علم النفس الطبي كترع متخصص .

العلاقة بين الخصائص الجسدية والبعد النفسى :

نال بحث العلاقة بين الخصائص الجسدية والبعد النفسى اهتماما كبيرا من علماء في هذا المجال . . . وقد انقسمت الدراسات في هذا المجال إلى تسعين :

١ - دراسات تبحث في العلاقة بين هذين البعدين بالنسبة للأسوياء وفي الحالات المرضية . فقد تمت دراسة العلاقة بين الظواهر المعنوية مثل المخ وبين بعض الجوانب النفسية والسلوكية مثل النوم والعواطف . وتمت في ضوء ذلك دراسة النوم الطبيعي والنوم الذى تتخلله المخاوف . وقد درسوا المراكز المختصة بالمعاطف والتعبير عنها في المخ ، والتدخل الجراحي للتحكم في المعاطفة . وإذا كان موضوع الشخصية قد حظى باهتمام كبير في مجال علم النفس فإن جزءا من هذه الدراسات قد ركز على البعد العضوى وعلاقتها بالسمات النفسية والسلوكية .

٢ - دراسات تبحث من العلاقة بين هذين البعدين في الحالات المرضية . فهناك تركيز على دراسة المقصور في السلوك الناتج من نقص أو ميوب جسمية . فالنقص في حاستى السمع والبصر على وجه الخصوص تعد من بين أكثر المعوقات التي تؤثر على نمو الفرد . ولما كانت الثقافة ترتكز في نظها بسنة رئيسية على حليل اللغة - وهذه تكسب أساسا عن طريق العين والأذن - فإن العشى أو الصمم سيؤدى إلى انعدام كثير من الاستقنارات البيئية ويؤدى هذا إلى نوع من العزلة الاجتماعية (٢٣) . وهناك

(٢٣) جليفورد ج. ب. ، ميلانين علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الثانى : المبادئ التطبيقية ، إشراف الدكتور يوسف مراد ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٨٣ ، ص ٥٥٨ .

وهناك دراسات عديدة ركزت على الإبعاد النفسية للأمراض العضوية . وقد أجريت دراسات للتعرف على دور المتغيرات السيكولوجية قبل وأثناء وبعد الإصابة بالآزمات القلبية العادة . كما درست أثر الحالة النفسية الناتجة عن المصور والاحداث التي تعرض في أفلام الرعب على عدم انتظام ضربات القلب . وحظيت موضوعات العلاج السلوكي لمرض القلب مثل التدريب على الاسترخاء وغيره بمتابعة من قبلوا في هذا المجال أيضا . أما الأمراض المزمنة والمؤدية إلى الوفاة فقد أظهرت البحوث التي كرست لها أن التدخل السيكولوجي في المراحل الأخيرة من العمر يعتبر ضروريا وخاصة قبل وأثناء الوفاة . ويحوى تراث علم النفس الطبى دراسات عديدة عن هذه المرحلة ومن الموت بصقة عامة . وتهم الدراسة في هذا المجال بطبيعة إدراك الموت وطبيعة النظرة اليه بين الجماعات البشرية . ودور الطبيب في المراحل التي لم يكن يتوفر فيها علاج لبعض الأمراض ثم دوره في المراحل التي أصبح فيها العلاج لا يفلح إلا بالهدنة لحياة الإنسان . كما تهم بتطور العملية الإنسانية للمشرفين على الوفاة . وتنتقد البحوث في هذا المجال إلى دراسة وقع فكرة الموت على الأشخاص ، ودراسة إتجاه من يمالجون المرضى الذين يقتربون من مرحلة الموت نحو هؤلاء المرضى . وقد قدم المتخصصون نظريات عديدة في هذا المجال .

الاضاح الاجتماعية والامراض النفسية :

تناولت بعض دراسات علم النفس الطبى موضوعات تتعلق بالظروف الاجتماعية وأثرها على ظهور الأمراض السيكولوجية المرضية . فقد درس العلماء على سبيل المثال موضوع الاحباط وإشاروا إلى أثر فقدان الفرد لمن تربطه بهم علاقة ، بجانب أثر العزلة وإحساس الإنسان بأنه لا يوجد من يساعده على ظهور الاحباط ، وإشاروا إلى المخاطر التي يمكن أن تنتج عن الاحباط والتي من بينها الانتحار .

ودرس المتخصصون أيضا موضوع الضغوط والتوترات . وإشاروا إلى ذلك إلى معنى المفهوم . إذ يعنى مفهوم الضغوط استجابة الجسم لعدد الأحداث البيئية بطريقة شبه نمطية والآثار السلبية التي تنتج عن ذلك على صحة الإنسان . ويقدم لنا علم النفس الطبى في بداية هذا الموضوع النظريات المفصلة للضغوط . وتدور البحوث في هذا الصدد حول ظواهر اجتماعية وثقافية وأثرها على أحداث الضغوط ، فيدرسون ظروف التخضر وعلاقتها بالضغوط ، والانتقال من ثقافة إلى أخرى وإثر ذلك على حدوث استجابات تتعلق بسوء التكيف للأوضاع الجديدة أو للعمل في بعض المهن . ويربط

بهذا الموضوع استحداث ظروف معيشية جديدة واثرت ذلك على الاستجابات السلبية وبالتالي حدوث توترات . وقد تم النظر أيضا الى الظروف والأوضاع الاسرية على إنها أحيانا تكون أحد الاسباب المؤدية الى مثل هذه التوترات . وعلى سبيل المثال ، ننظرا لان مرض الربو Asthma الذى يحدث للأطفال يفترض ان التوترات الاسرية يمكن أن تكون سببا في ظهوره . وتطرق مثل هذه الدراسات أيضا الى موضوعات أخرى مثل الاكتظاظ السكاني الناتج عن التضرر والفضاء وأثر كل ذلك على ظهور التوترات والأمراض . وإذا كان البحث في هذا المجال مازال يحتاج الى مزيد من الجهود التي تعتبر شرطا لاكتمال تقدم البشرية نحو مزيد من الوشاية مع هذه الضغوط والتوترات فمن تزايد الومى بحدوث الضغوط واثرتها على ظهور الأمراض سوف يؤدي بالتسلس الى استحداث أساليب تقودهم الى حياة أفضل .

البعد السيكولوجي في مواقف العلاج والإجراءات الطبية :

المجال الثالث المتسع الذى عمل فيه من اعتنوا بعلم النفس الطبى هو البعد السيكولوجي في مواقف للعلاج والإجراءات الطبية . ويعنى هذا الاهتمام بالنظر اهر التنسيمة المتعلقة بالمرضى في مواقف العلاج وفي الجراحات وفي علاقتهم بالاطباء . كما يتضمن أيضا الاهتمام بالأبعاد النفسية للعمل في المهنة الطبية . ولكي نوضح طبيعة هذه الاهتمامات اخترنا بعض النماذج من الموضوعات التي تدخل ضمن هذا النطاق والتي أجريت فيها دراسات بالفعل :

١ - الأذعان والاستجابة للعلاج :

يعتبر موضوع الأذعان من الموضوعات التي نالت اهتماما كبيرا من الدارسين . ويرجع ذلك الى أن هناك أمراضا كثيرة يمكن التحكم في استمرارها ، بل يمكن القضاء عليها اذا كان هناك ضمنا لاستجابة المريض للعلاج والإرشادات الطبية . وقد قمنا لنا علم النفس الطبى النظريات التطبيقية والنظريات السلوكية التي تفسر انماط الأذعان واستجابات المرضى للعلاج . ويلاحظ أنه يتم دراسة الاستجابة من خلال الانتظام على تناول الدواء ، ومن خلال اتباع التعليمات الطبية بخصوص التغذية والتعبود التي تفرض على أنواع معينة من الطعام . وتند الدراسة الى الاهتمام بمدى

الانتظام على أنواع معينة من الملاج ، فتمت المقارنة بين الانتظام على الحبوب وأدوية الشراب والحقن ... الخ .

كذلك اهتم العلماء بدراسة نمط شخصية المريض وعلاقة ذلك بنمط استجابته ، ودرسوا الرجيم (اتباع نظام غذائي لأغراض طبية) ووجدوا بصفة عامة أنه كلما كانت تعليمات الرجيم معقدة كلما كانت الاستجابة للتعليمات سيئة . واهتموا بأثر علاقة الطبيب بالمريض على عملية الانزعاج وتوصلوا الى نتيجة واحدة جميعا وهي أنه كلما كانت علاقة الطبيب بالمريض حسنة وودية كلما زادت استجابة المريض لتعليماته والعكس صحيح .

ولم يكتف المثقفون عند دراسة طبيعة الاستجابة إنما اهتموا بدراسة طرق تحسين الاستجابة من خلال التعرف على العوامل المتعددة التي تؤدي الى نقص الاستجابة . وقد ركزت الحلول التي كانت تهدف الى تحسين الاستجابة على ضرورة تحقيق الفهم المتبادل والاتباع والرضى . وهي يجب تحقيقها كلها معا ، إذ إن كل هذه المتغيرات مترابطة ببعضها .

وقد انتهى من اهتموا بهذا المجال الى نتائج مفيدة جدا . وعلى سبيل المثال نجد توصلوا الى أن هناك عوامل معددة تتدخل في عملية الاستجابة ، كما أن عدم الاستجابة تؤدي الى نتائج خطيرة ، وأن ٥٠ ٪ من الناس لا يأخذون علاجهم بانتظام ، وأن هناك علاقة بين المعتقدات والأفكار السائدة عن الرعاية الصحية وبين الانزعاج (٢٤) .

٤ - التدخل السيكولوجي في الجراحات :

يدرس علم النفس الطبي مخفريات الشخصية وإثرها على النتيجة النهائية للجراحات ، والعوامل السيكولوجية في مرحلة التعاقب بعد إجراء الجراحة ، والامداد السيكولوجي للجراحات . ويأخذ التدخل السيكولوجي أكثر من صورة فهناك تقديم المطومات والحقائق والتدريب خلال فترة ما بعد العملية ، والدعم العاطفي لمريض الجراحة . وقد أظهرت الدراسات أن فترة الانتابة في المستشفى قد أخذت في التناقص بمعد التدخل السيكولوجي وهذا يؤثر الكثير من الاعباء المالية عن المرضى خلفة مع تزايد أسعار الإقامة في المستشفيات .

٢ - الجوانب: السيكولوجية لتعاطي الادوية والمقاتير :

اهتم بعض الكتاب بموضوع الآثار النفسية المصاحبة والناشئة عن تعاطي الادوية والمقاتير ، فحددوا تأثير الادوية النفسية الطبية ، كما حددوا طبيعة التفاعل بين العقاقير والسلوك ، ولجسروا دراسات على تأثير البلاسيبو Placebo من حيث التأثيرات المؤثرة على مفعوله وكيفية الحكم في آثاره . كما درسوا عملية الاعتماد على العقاقير وسهل التخلص من هذا الاعتماد وطرق التحكم في النفس .

وقد كان الاهتمام على العقاقير والمخدرات من أهم الموضوعات التي تطرق اليها علماء النفس داخل هذا المجال لمعرفةوا الامان وتدبوا تفسيرات مختلفة له ، فهناك التفسير الاخلاقي ، والتفسير الطبي ، والتفسير النفسي ، والتفسير الاجتماعي . ومن الطبيعي أن يركز علماء النفس على التفسير النفسي وأن يهتموا بالجوانب السلوكية سواء فيما يتعلق بالسلوك الانبثائي ، أي سلوك المدمن في فترة الامان أو سلوكه أثناء العلاج . وقد اهتموا أيضا بتكوين نتائج الجهود التي تبذل لتعديل سلوك المدمن وكيفية تحقيق الوقاية . كذلك درسوا موضوع التدخين كسلوك يتعلق بالفرد تتناولوا سلوك المدخن بالحراسة ثم بحثوا عن سماليب الوقاية والعلاج .

وتد امتد اهتمام العلماء الى دراسة الاستخدامات المتعددة والخطاطة للادوية والعقاقير الطبية الامر الذي قد يؤدي الى ادمانها . وانشروا الى أن الطبيب أحيانا يصف علاجاً - وخاصة في حالة الامراض النفسية والمصيبة - ويعتبر الانتظام عليه فترة أطول مما يجب ونهبوا الى خطورة ذلك .

٤ - الرعاية النفسية الصحية للطلاب المعربة :

تتطلب كل فئة معربة رعاية صحية ونفسية خاصة . فمرحلة الطفولة تحتاج الى رعاية خاصة تحفظ عن مرحلة المراهقة والنضج والشيخوخة . ويلاحظ أن هذا الاهتمام بدأ في مظهرين : المظهر الاول هو دراسة الجوانب النفسية للمرحلة والمظهر الثاني - وهو تطبيقي - هو التدخل السيكولوجي في الرعاية الصحية التي تقدم لكل مرحلة . وإذا أخذنا إحدى الفئات المعربة كنموذج يوضح الاهتمام السيكولوجي فنجد أن علم النفس الطبي اهتم بالرعاية الصحية النفسية للمسنين . فتمت دراسة العوامل البيئية والشخصية

التي تؤثر في أمد تدارك الحالة الصحية بصورة جيدة ، كما درسوا كيفية وقاية كبار السن من الأمراض ، واستجابتهم للعلاج في هذا السن ، ووقع الإصابة بالأمراض على الحالة النفسية بالمقارنة بصغار السن ، ثم أشر إلى ظروفه الاقتصادية النفسية التي لا تمكنهم من العلاج المناسب أو التخفيف أو المعيشة المرضية على حالتهم النفسية . وقد اهتموا بآثار السن على قدرات الشخص فحاولوا التعرف على علاقة تقدم السن بقليل ، ويلاحظ أن هذا الموضوع قد أصبح أحد الموضوعات الهامة في بحوث المسنين الآن . وهناك حاجة الآن إلى دراسات توضح كيفية الحفاظ على الوظائف العقلية وتنميتها ضمن الاحتمال العام بصحة المسنين .

٥ - الألم :

لا ينظر علم النفس الطبي إلى الألم على أنه حدثا بسيطا يمثل شيئا واستجابة ، بل على أنه ظاهرة معقدة تتضمن الخبرات المبكرة للألم والميكانيزمات السيولوجية والإجراءات المتنوعة لتخفيف الألم . وتقدم لنا دراسات علم النفس الطبي مفهوم الألم والنظريات المنسوبة له والتوزيع للديموجرافق للألم ، والفروق بين الفئات الاجتماعية المختلفة في احتمال الألم ، مثل الفروق بين الرجال والنساء أو بين ثقافات أخرى من المجتمع . ويقدم لنا أيضا العوامل السيكلوجية المرتبطة مثل الجانب الإدراكي ، ومسمات الشخصية وعلاقتها بإدراك الألم والاستجابة له . ويركز أيضا على العوامل الموقفية للألم فيعرض للعوامل الموقفية التي يتوقع أن تقلل من الاحساس بالألم بطريقة يمكن التنبؤ بها . ويتطرق هذا الموضوع حتى إلى الأساليب غير الرسمية التي اتبعت لتقليل الألم مثل تعديل الألم من طريق تركيز الانتباه في شيء ما . وينظر علماء النفس الطبي للألم كسلوك يتعلم ويتقنون لتأكييفية التعامل مع المرضي ذوي الألم المزمنة والحادة .

وعلى الرغم من أن هناك أصنافا جادة في مجال دراسة الألم فلن تعدد الموضوع واتساع ميدانه مازال يتسعا وفي حاجة إلى أصناف تجريبية تحقق له مزيدا من الغنى .

٦ - الأبعاد النفسية في أساليب الرعاية الصحية :

يتطرق علم النفس الطبي إلى دراسة أساليب الرعاية الصحية التي تهدف إلى الوقاية أو العلاج . ويتضمن ذلك دراسة المؤسسات والهيئات القائمة بالرعاية الصحية . وفي إطار ذلك يهتم عالم النفس الطبي بالعمل

على تحسين الظروف المعيشية الأمر الذى يمكن أن يقلل من أحماسات
الاصابة بالمرض . ويتطرق في اطار ذلك ايضا الى موضوعات عديدة مثل
دراسة الابعاد النفسية لعمليات التنقيف . المصحى للوقاية من الامراض
والحفاظ على مستوى صحى لائق . وهناك موضوعات عديدة تتم دراستها
ايضا من هذا النطاق مثل موضوع التنفسية والبدانة والعلاج السلوكي
للبدانة ... الخ .

دور الاختصاصي النفسى الطبى :

يمكننا أن نستنتج من المناقشات السابقة أن مجالات علم النفس الطبى
— ذلك العلم الوليد والبراق — هى مجالات متسعة ومتشعبة ، وأنه اذا كان
يمكن النظر اليه كمرع علمى حديث إلا أن بدايات دراساته قد تنافرت منذ
زمن بعيد في اطار دراسات أخرى تنتمى الى علم النفس أو الطب . ويؤدى
اتساع وتضعب مجالات التخصص الى تمدد الادوار التى يمكن أن يقوم بها
المختص فى علم النفس الطبى .

ولعل أول دور يمكن أن يقوم به المختص فى علم النفس الطبى هو
ما يتعلق بخدمة التخصص ذاته . بمعنى **الإسهام في تنمية العلم** وإيضاح
الحدود التى تبين مجاله وتحدد علاقته بالعلوم الأخرى ، والإسهام فى
تكثيف الدراسات الجادة فى التخصص . ويحقق ذلك عن طريق تكثيف
الدراسات المتنوعة فى المجال . ويجب على من يهتمون بهذا التخصص
الاهتمام بفكرة التطوير من واقع دراساته امبيريقية . فبقدر ما نصل الى
تعميمات ونظريات فى التخصص بقدر ما سيصبح هذا العلم واسفا وسيجد
من سيعملون فيه فى المستقبل دما فى اجراء دراساتهم الميدانية اذ سيجدون
أنفسهم يتلون على أرض نظرية صلبة قبل انطلاقتهم الى بحث الظواهر .
ويجب أن يدرك من يتوبون بهذا العمل الجاد طبيعة النظرية كصياغة
استدلالية أو عدة صياغات لتفسير مدد من الظواهر ، وأن النظرية تبقى
قائمة إلا اذا اكتشفت حقائق يمكن أن تضعفها . وفى ذلك الصدد يجب
الدراية أيضا بآركان النظرية الأساسية مثل تماسكها منطقيا ، ومدى مطابقتها
للواقع أو مطابقتها للنتائج التجريبية ، ومدى توليدها لفروض تضع للاختبار
والملاحظة ، ومدى ملاءمتها التطبيقية من ناحية إمكانياتها لفتح مجالات للبحث
والتوصل الى نتائج علمية . وينتظر أن تؤدي جهود الملباء على المدى
الزمنى الى أن يرقى مستوى نظريات هذا التخصص (٢٥) .

(٢٥) دكتور سعد جلال ، المرجع فى علم النفس ، مكتبة دار المصارف
الحديثة ودار الفكر العربى ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ ، ص ٤٣ .

ويعتبر مجال العلاج الطبى والمؤسسات الطبية أحد المجالات الهامة التى يقوم فيها التخصص فى علم النفس الطبى بدور . ولا يعتبر هذا الدور جديداً إذ أن الخدمات النفسية قد بدأت فى العيادات والمؤسسات منذ زمن بعيد ، فقد بدأت من جامعة بنسلفانيا سنة ١٨٩٦ ثم استند هذا العمل قوة دائمة أخرى فيما بدأ فى اهتمام الطب النفسى الذى بدأ بعد ذلك بتقليد بمشكلات الطفولة . ولا يقتصر الأمر على ذلك إذ أن الاختصاصى النفسى يمكن أن يقوم بدور فى مستشفيات الذرى ، ومؤسسات تأهيل ذوى العاهات ، وحارس الحضانة ، ومراكز الأرقام الأسمى والزواجى ، ومدارس الصم والكفوف ، ومركز إرشاد المسنين ، وفى مجالات العلاج بصفة عامة (٢٦) . ويمكن أن تتجه بهمة المتخصص النفسى فى هذه المجالات الطبية إلى الاهتمام للمسيكولوجى فى العملية العلاجية ، ذلك أن مرضى الأنواع المختلفة من الأمراض يحتاجون إلى إرشاد نفسى . وفى هذه الحالة سوف يعمل الشخص نظاماً عمل نظيره التخصص فى علم النفس الإكلينيكي جنباً إلى جنب مع الطبيب النفسى والاختصاصى الاجتماعى والمرضى فى مجالات طبية عديدة خاصة ما يقدم منها إرشاداً طبياً . وتهدف هذه المهمة إلى خدمة المرضى بصفة خاصة . وإذا كان الطب يهتم بالصحة والمرض فإن علم النفس يهتم بنمو وتطور وظهيرة الفرد التى تتعلق أيضاً بالصحة والمرض ، والاهتمام بالتعقيب على مجالات وظيفية متعددة الأمر الذى يجعل اهتمامه تتسع إلى مجالات أكثر تنوعاً من المجالات التى يهتم بها علم الطب (٢٧) .

ويلاحظ أن بعض المعلومات الطبية تكون ضرورية بالنسبة لمن يعمل فى مجال علم النفس الطبى خاصة من يعملون مع المرضى مثل مرضى القلب وغيرهم . وقد وفرت بعض المراجع فى هذا المجال هذه المعلومات قبل تطورها إلى الجانب السلوكى . فقد قدم مثلاً جيمس نورثون J. Norton فى كتابه علم النفس الطبى بعض الحقائق العامة من وظيفة القلب ، وقدم هذه التفصيلات عندما وجد أنها ضرورية . وقد ذكر أنه على الرغم من أن التركيز هنا على الجانب السلوكى إلا أن للتفكير الأخرى التى تؤثر فى وظيفة القلب والعوامل المرتبطة بها استخدمت نقاط للتأكيد . ولم يتطرق إلى تعقيدات تتعلق بالعوامل المؤثرة أو بالوظيفة المعقدة لكنه لحال القارئ الذى

(٢٦) جيلينورد ج. ب. ميادين علم النفس ، المجلد الثانى : المبادئ التطبيقية ، مرجع سابق ، ص ٦٧٢ ، ٦٧٨ .
(27) Ernest Hilgard and Richard Atkinson, Introduction to Psychology, Harcourt, Brace and World Inc. Fourth Edition 1967, p. 607

يريد أن يعرف مزيداً من التفاصيل الى كتاب مدخل يحتوى على مزيد من
التفصيلات . (٢٨)

ويمكن أن يتوهم علم النفس الطبى يدور أيضاً في مجال التعليم الطبى .
ونظراً لأننا سوف نقرء تفصيلاً مفصلاً عن تدريس العلوم الاجتماعية في كليات
الطب نمسوف نكتفى هنا بالإشارة الى مجرّد الاسهام في عمليات اختبار
الطلبة ، ذلك ان الاسهام في مجال التعليم الطبى يبدأ مع بداية اختبار طلبة
كليات الطب فهو يمكن أن يقيس القدرات اللزوم لواقعها عند الطالب المتقدم
للكلية لكي يمكن التنبؤ بدرجة كبيرة بنجاحه في هذا المجال . وقد سبق أن
أجرى مثل هذا القياس . فقد تم قياس القدرات اللازمة لدارس الطب الذى
اشترقت عليه منذ سنة ١٩٣٠ رابطة كليات الطب الأمريكية عن طريق اختبار
القدرات الطبية (Moss) وهو يقيس القدرة على الفهم والذاكرة
والاستدلال المنطقى والحصول اللغوى العلمى والنهم . وقد تم وضع مشاكل
هذا الاختبار في صورة تشخيص طبى . وقد كان أول استخدام لهذا الاختبار
مباشراً بالخبر . وقد ذكرت رابطة الطب الأمريكية أنه تدقيقاً بما يعادل ٦٩٪
من الحالات الفاشلة ، وتنبأ خطأ بعدد قليل من حالات الطلبة الذين تفوقوا .
نها بعد (٢٩) .

(28) James C. Norton, Op. Cit., p. 57.

(٢٩) جليغورد ج. ب. ، ميلين علم النفس ، المجلد الثانى : المبادئ
التطبيقية ، مرجع سابق ، ص ٩٢٢ .

الفصل الرابع

الخدمة الاجتماعية الطبية

الخدمة الاجتماعية الطبية هي أحد مجالات الخدمة الاجتماعية . وقد انتشرت الخدمة الاجتماعية بصورة عامة انتشارا واسعا وتعددت مجالاتها حتى أصبح من الصعب الآن وضع تعريف لها . ومع ذلك فيمكن تعريفها بطريقة بسيطة بأنها طريقة لمساعدة الناس بتقديم الخدمات الاجتماعية المناسبة لحل أو تخفيف عدد كبير من المشاكل الشخصية والاجتماعية التي يصعب حلها دون هذه المساعدة . ويقوم الاخصائيون الاجتماعيون بدراسة المشكلات وتشخيصها لكي يتمكنوا من تقديم المساعدة المناسبة بواسطة أساليب متنوعة . ويمكن أن يعمل الاخصائي الاجتماعي مع الفرد أو مع الجماعة كما يمكن أن يعمل في حي أو مجتمع محلي بأكمله . ويتسع مجال عمل الخدمة الاجتماعية ليشمل مساعدة الناس في حالات تغير أوضاعهم الاجتماعية بهدف تحسين ظروف معيشتهم عن طريق مساعدتهم على تهم الأوضاع الجديدة والعمل على حل مشكلاتها . وفي ضوء ذلك يبذل الاخصائيون الاجتماعيون جهودا للوساطة لصالح الناس ويسعون في بعض الأحيان إلى الحث على تغيير القوانين والتشريعات . وتهتم الخدمة الاجتماعية أيضا بتجنب المحن الاجتماعية من طريق العمل الاجتماعي الذي يهدف إلى خلق بيئة ملائمة كما يعمل على تحديد الشكاوى المستهدفة للإصابة مبكرا لكي نتخذ معهم الأساليب الوقائية ، ويواجه العمل الاجتماعي صعوبات وتحديات عديدة ، فهو يواجه مثلا صعوبة الموازنة بين الأولويات ، فهناك صعوبة في الموازنة بين احتياجات الملهة اليومية وبين احتياجات من تظهر لهم مشكلات تحتاج إلى الوفاء باحتياجات جديدة ، وهناك أيضا صعوبة أحداث التوازن بين الحاجات الفردية الخاصة وبين الهدف العام للمجتمع وهو أحداث التغير الاجتماعي (١) . وتبذل اهتمامات الخدمة الاجتماعية في

(1) Margret Eden, Social Work in Investigation and Management, Medicine, The Quaterly - add on Series of Practical General Medicine (5 Psychiatry) P. 85.

مثل هذه الحالات وفي غيرها الى مجالات اخرى مثل زيادة الوظيفية الاجتماعية ومنع الصور المتعددة للانحلال . فتلزم الخدمة الاجتماعية بمساعدة الأفراد على التكيف الاجتماعي بالحفاظ على قدراتهم ومساعدتهم ايضا على الحفاظ على معايير المجتمع وقيمه ، وتلزم ايضا بتعديل واصلاح جوانب النسق الاجتماعي (٢) .

تقدمت الخدمة الاجتماعية في مقابل تقدم الصناعة والنمو الحضري والحراك الوظيفي والتغيرات والظروف الاجتماعية والتعديلات التي نتجت من ذلك . وخلال النصف الاخير من القرن التاسع عشر تكونت هيئات البر والاحسان وظهرت بعض الصور الجديدة للرعاية والخدمة ، كما بذلت جهود عديدة لتوعية الناس بالظروف السائدة . وقد كانت القوانين المتعلقة بالخدمات التي تقدم للفقراء هي الشكل الوحيد - في البداية - لمواجهة الاحتياجات الاجتماعية . وبعد ذلك بدأ ظهور الاتجاه نحو الرعاية الاجتماعية .

نشأت الخدمة الاجتماعية المهنية (Professional Social Work)

في شكل طريق متوازية . فقد التحق اخصائيو اجتماعيون - مساواة تنافسوا اجسرا على ذلك او لم يتفاضوا - بيهيات تطوعية لا يسا في ذلك (المستشفيات) . وقد اعدت بعض المجموعات برنامجا للتدريب الخاص . وحدث ذلك بالذات بالنسبة للاخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في مجال الطب ، فقد كونوا معهدا يقدم مستوى رفيع من الثقافة المهنية . كما بدأ أول برنامج دراسي مهني في كلية الدراسات الاقتصادية في لندن London School of Economics سنة ١٩٢٩ ، كذلك تم اعداد برامج تدريبية للمتخصص في الخدمة الاجتماعية في مجال الامراض النفسية والمعمية .

وقد اتسع نطاق الخدمة الاجتماعية نموها هتما شمت مجموعات من العاملين في مجال رعاية الطفولة أو الضرب المهنى أو مجال المسائل العائلية . ومن خلال تخصص أعداد كبيرة من الأفراد في الفروع الصلبة والخاصة للخدمة الاجتماعية . وقد كونت كل مجموعة متخصصة في الخدمة الاجتماعية « رابطة » رابطة « خصة » بها . فقد تكونت رابطة الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الطب النفسي ، وتم انتهاء معهد للخدمة

(2) International Encyclopedia of Social Sciences. The Macmillan Company and The Free Press, New York, 1968, Vol. 14., P. 495.

الاجتماعية الطبية . وحاولوا وضع طرق لقياس الأدلة في التدريب والممارسة . ولكن رغم كل هذا التفرغ بدأ الاخصائيين الاجتماعيين يدركون بالتدريج الارض المشتركة التي تجمع بينهم ، ويدتأوا يدركون ضرورة أن يكون لهم الصوت الواحد . وقد نتج عن كل ذلك في سنة ١٩٧٠ تأسيس الرابطة الانجليزية للاخصائيين الاجتماعيين .

أما من جهة الدول فقد قبلت الدولة منذ الحرب العالمية الثانية جزءا من مسؤولياتها عن رفاهية الفرد ، فعملت على زيادة عدد الاخصائيين الاجتماعيين في مجال الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية . بجانب ذلك ازدهرت المؤسسات التطوعية وكان لها فضل الريادة في غزو مجالات جديدة في حاجة الى الخدمة الاجتماعية ، وعملت على سد الفراغ في خدمات الدولة . وكان نتيجة ذلك أن ازداد الاحتياج الى الاخصائيين الاجتماعيين في الدولة وفي الهيئات التطوعية . وازداد الطلب في السنوات العظيمة للمضي على جماعات العون الذاتي self-help group للمشاركة في حل المشكلات من أجل تقديم خدمات أفضل للوفاء باحتياجاتهم الخاصة (٣) .

وللخدمة الاجتماعية الطبية تعريفات متعددة يلى كل منها المفهوم على بعد من أبعادها ، فقد استعرضت اقبال محمد بشير وسلوى عثمان في الكتاب المعلنون « الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي » التعريفات المختلفة للخدمة الاجتماعية الطبية مثل تعريف الشيكمان ونافذة الحارثي وغيرهما حيث تم الانتهاء الى تعريف آخر اثنى يحدد الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها أحد نروع الخدمة الاجتماعية ، وهي لها جانبها المعرف وجانبها الفني ، وينضن ذلك مجموعة خاصة من المهارات والقيم والمبادئ . وتقدم من خلال الطرق الثلاثة : الفرد والجماعة والمجتمع . ويعمل في هذه المهنة اخصائيون اجتماعيون حصلوا على اعداد خاص للعمل في المجال الطبي . وتبارس الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال مؤسسات طبية مثل المستشفيات والعيادات والمستوصفات ومراكز رعاية الطفولة والامومة . وتهدف الى مساعدة الطب بصورة أساسية ، لهذا يتعاون الاخصائي الاجتماعي مع الفريق الطبي . كما تهدف الى مساعدة المريض على الامتداد من الفرص العلاجية الى أقصى حد ممكن وذلك لزيادة أدائه الاجتماعي . ومن خلال ذلك يتعامل الاخصائي الاجتماعي مع المشكلات الاجتماعية والبيئية

والهوائى التى تأثر فى المرض أو تكون سببا فيه ، وذلك بهدف :
المجتمع (٤) .

ويوضح احد التعريفات الأخرى الحالات المتصلة للخدمة الاجتماعية الطبية ، ويعرّفها الاستاذ يحيى درويش بأنها مجموعة الخدمات التى تبذل للمريض ولأسرته داخل المستشفيات العلاجية أو خارجها وتساعد على أن يعى الطبيب المعالج طبيعة المرض وسببه والعوامل الاجتماعية المؤثرة فيه ، وتعمل أيضا على مساعدة المريض على سرعة التكيف لظروف المرض ومعاونة أفراد أسرته ومخالطيه على فهم هذه الظروف والاستجابة لها ، ثم مساعدة المريض على سرعة التكيف لظروف المجتمع الذى يعود إليه بعد استئفاذ جميع الخدمات العلاجية . كما تعمل الخدمة الاجتماعية الطبية على تقديم المساعدات المبكرة للمريض وأسرته إذا ثبتت الحاجة إليها .

ويتضح لنا من هذا التعريف أن الخدمة الاجتماعية الطبية لم تعد تزدى داخل المستشفيات كما كان الأمر قبل ذلك ، ولكنها تسخر أيضا لخدمة المرضى خارج نطاق المستشفيات . وهى تستخدم لتحقيق أغراضها الدسائل المتاحة داخل الماسـتشفيات والخدمات التى يقدمها المجتمع خارج المستشفى (٥) .

تستمد الخدمة الاجتماعية الطبية مستلها من الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وتركز أساسا على نظرية خاصة للإنسان ، ونظرة خاصة للمرض . وهى تنظر للإنسان من خلال عنصرى التكامل والتمايز . فهى تراه أنفسانا لتكامل فيه أربعة أبعاد بصورة تفاعلية هى البعد العقلى والبيولوجى والنفسى والاجتماعى ، وترى أن أى اضطراب يصيب هذه العناصر يتردد صداه فى العناصر الأخرى ، وترى أيضا أن كل انسان يتميز من الأخر ببعض الخصائص على الرغم من اشتراكه مع بقية أبناء الجنس البشرى فى خصائص عامة ، ولهذا تكل انسان يحتاج الى نوعية معينة من العناية ونوعية خاصة من الخدمات . وهى تنظر الى الانسان أيضا على أنه انسان

(٤) اقبال محمد بشير وسلاوى عثمان ، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية . سنة ١٩٨٦ . ص ٣٢ .

(٥) يحيى حلمى درويش ، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيل الاجتماعى للمعوقين ، المكتب الجامعى الحديث . الاسكندرية ، ١٩٨٢ ، ص ١١٤ .

له كرامته التي يجب أن تحترم ، وله احتياجاته التي يجب أن تشبع . فهو لن وجد في مجال المستشفى نلابد أن تحترم كرامته وتشبع احتياجاته .

وتتأسس الخدمة الاجتماعية الطبية أيضا على أن هناك ارتباطا بين المومال الاجتماعية والثقافية وبين المرض . بل قد تكون هذه المومال سببها . لهذا يفضل أن ييسر العلاج الطبي والنفسى والاجتماعى جنبا الى جنب (٦) .

وقد ادخلت الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات المصرية عام ١٩٥٠ . وبدأت التجربة بقسم الرشد في مستشفى القصر العيى ، ثم قسم الرمد وقسم الابرار التناسلية بالمستشفى الجامعى بالمنيل ، ثم قسم الابرار الصدرية وبعد ذلك في المستشفى نالها . وبعد عدة سنوات تبنت مستشفيات وزارة الصحة تطبيق نفس الفكرة وادى ذلك الى اتساع نطاق استخدام الاخصائين الاجتماعيين في المستشفيات وفي المجال الطبى بصورة عامة حتى بلغ سنة ١٩٧٠ حوالى سبعةائة أخصائى اجتماعى (٧) .

التسلح بالمفاهيم العامة وطرق العمل في التخصص الأم :

يحتاج كل من يعمل في المجال الطبى أن يكون على دراية بالمبادئ والنظريات الأساسية السائدة في التخصص الأم «الخدمة الاجتماعية» ، ويجب عليه أيضا أن ينفذ من خلال المداخل الرئيسية المتعارف عليها بين من يعملون في مجال الخدمة الاجتماعية ، وأن يعى المفاهيم المتداولة وأن يتكلم نفس اللغة التي يتكلمها من يعملون في الفروع الأخرى في الخدمة الاجتماعية . اذ أنه طالما أن الخدمة الاجتماعية الطبية تعد أحد نروع الخدمة الاجتماعية ، نلن المتخصص في هذا الفرع لابد أن يلتزم بالاطر الأساسية للتخصص الأكبر .

نن حيث المفاهيم نيجب أن يعى الاخصائى الاجتماعى ما تعنيه المفاهيم الأساسية المستخدمة في التخصص كما سبق وذكرنا . وعلى سبيل المثال نان مفهوم التدخل المهنى Inter Vention يعتبر ملهوما أساسيا لابد أن يعى المتخصص إيماده . وقد أوضح لنا الدكتور عادل أنس مضمون

(٦) أقبال محمد بشير وسلوى عثمان ، المرجع السابق ، ص ص ٣٣ ، ٣٤ .

(٧) أحمد مصطفى خاطر ، الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٤ ، ص ص ٣٦ ، ٤٣٧ .

هذا اليوم عندما يعمل الشخص باستخدام طريقة تنظيم المجتمع ، نذكر أن مفهوم التدخل المهني يبين ما يسهم به البحث في الممارسة المهنية ، فالممارس المهني يحدد الاهداف التي يريد تحقيقها وكيف يحققها ، كما يحدد الاتصال التي تؤدي الى تحقيق اهدافه ثم يراجع ما قام به من اتصال كي يتأكد من أن أعماله قد حققت اهدافه (٨) . ففى حالة وجود مشكلة معينة فإن التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع له هدف تخفيف اية مشكلة على المجتمع يمكن أن تكون له عدة أبعاد : فهناك التدخل القانونى حتى يتم تعديل القوانين واللوائح إذا كان ذلك يساعد على حل المشكلة مثل تعديل مواعيد الزيارة في المستشفى . وهناك تدخل مهني يهدف الى التعامل مباشرة مع الأشخاص ذوى العلة بالمشكلة مثل التفاوض مع مشرفات التفجئة . وتدخل مع المؤسسات المعنية بفرض تدعيم مقدرة هذه المؤسسات على التعامل مع المشكلة مثل الاتصال بمؤسسات يمكن أن تقدم العون للمريض ، والتدخل مع سكان المجتمع لتوعية سكان المجتمع المحلى بالمشكلة وطلب مشاركتهم في حلها (٩) .

أما من حيث الطرق فيجب أن يكون الاختصاصى على ومى بوجود ثلاثة طرق للخدمة الاجتماعية هي الفرد وخدمة الجماعة والتنظيم . وعندما يعمل في مجال خدمة الفرد عليه أن يعمى المفاهيم والمبادئ الأساسية لخدمة الفرد مثل القبول ، وحق تقرير المصير ، ونسج الشخصية بالممارسة . والبدء مع العميل من حيث هو ، والسرية وتقد الذات . وعليه أيضا أن يكون على دراية بفكرة مثلث خدمة الفرد ، الذى يتكون من العميل والاختصاصى الاجتماعى والموقف . نحن إذا تخيلنا ثلاثة أضلاع المثلث ووضعنا كل عنصر من الثلاثة عناصر العلاقة على ضلع فلما سوف نجد في نهاية طرف الضلع سوف يلتقى من خلال علاقة تفاعلية مع العنصرين الآخرين والعميل يتفاعل مع الاختصاصى الاجتماعى عند نقطة التقائه به وهو يتفاعل مع الطرف الآخر مع الموقف وهكذا الحال بالنسبة للاختصاصى والموقف ، وتبقى العلاقة المهنية كذلك مسالمة المثلث الداخلية لأنها هي التي تربط بين الثلاثة عناصر (١٠) .

(٨) د. عادل محمد أنس ، تطوير الخدمات . تجربة ميدانية يستشمل الخيل قبل ، رسالة دكتوراه - كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان ، سنة ١٩٨٤ ص ١٤٢ .

(٩) المرجع السابق - ص ١٥١ و ١٥٢ .

(١٠) أنظر تصمييلات مع رسم توضيحي لمثلث خدمة الفرد في الفصل الثالث من كتاب أحمد السنهورى ، أصول خدمة الفرد ، المطبعة العالية ، القاهرة ، سنة ١٩٦٢ ، ص ٨٦ - ٩٤ . وقد أورد أحمد السنهورى في كتابه هذا الكثير من التصميميلات عن مفاهيم ومبادئ خدمة الفرد .

ومن الطبيعي أن الدارس سوف يجد في كتب التراث تفصيلات عديدة تساعد على الرؤية الصحيحة لكل عنصر من عناصر مثلث خدمة الفرد وذلك من خلال تفاصيل عديدة تتعلق بكل عنصر . وعلى سبيل المثال فسوف يجد ما يورثه الى التعرف على موضوع العميل من خلال التفصيلات التي ذكرت عن علاقة العميل بال مؤسسة ، والحلجات الأساسية للعميل ، ودواعي سلوكه وانماطها . كذلك فإن الموقف له مكوناته التي يحتاج الأخصائي أو الدارس أن يتعرف عليها مثل العوامل البيولوجية والجسدية والنفسية ، والعوامل الاقتصادية والبيئية الخارجية وعواملها ، والقيم والتقاليد ، وماضي المشكلة ومستقبلها وحاضرها ... الخ . ومن الطبيعي أنه لا تقتصر هذه التفصيلات على مثلث خدمة الفرد بل أن المبادئ والاسس الأخرى سوف نجد لها تفصيلات وشروحات يمكن أن تساعد على مزيد من العمق في خدمة المجال الطبي . أو في دراسته . ولتأخذ مثالا على ذلك دور خدمة الفرد في مجال الأمراض النفسية والعقلية فالأخصائي في هذا المجال لابد أن يهيئ طبيعة عمله ، فعمله هو تقديم المساعدة في عملية العلاج على أن يكون الطبيب المعلى مسئول مسئولي كاملة عن العملية العلاجية ، وأن هناك أزمة تدخل العلاج في حالة هذه الأمراض : العلاج الاجتماعي العلائي وهو الذي يعتمد فيه الأخصائي على مفهوم العلاقة ، ثم العلاج الجماعي الذي يركز فيه الأخصائي على مفهوم الدور والمكانة والبناء والوظيفة ، ويعمل فيه على تعديل أدوار المرضى في جماعات علاجية ، والعلاج البيئي وهو العلاج الذي أوجه الى المناخ الأسري والدرسي والمهني ، والعلاج الروحي الذي يستند اسامها على مفاهيم دينية ، وتتحول خلال هذا العلاج الاحكام المقدمة الى مفاهيم علاجية عملية محددة . ثم العلاج كخريق وهي عملية تتضمن تعاون الأخصائي الاجتماعي مع غيره (مثل الأخصائي النفسي) من خلال تعليم كل منهم بدور المساهم في عملية العلاج (١١) .

وعندما يعمل الأخصائي الاجتماعي الطبي بطريقة خدمة الجماعة يجب أن يهيئ مفهوم خدمة الجماعة كطريقته يساعد بواسطتها الأخصائي الاجتماعي الأفراد أثناء ضاوتهم لوجه نشاط الميرتالج في التواع المتعددة من الجماعات في المؤسسات المختلفة لينمو كاستراد وكجماعة ويسهموا في تغيير المجتمع في حدود أهداف المجتمع ونفسافته (١٢) . وتفيد الدواية التفصيلية ببيادى خدمة الجماعة في أن يتمكن الأخصائي من الاقترام

(١١) د . عبد الفتاح عثمان ، خدمة الفرد في المجالات النوعية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٥ م ص ١٥٦ - ١٥٨ .

(١٢) د . محمد شمسي الدين أحمد ، العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، سنة ١٩٧٦ ، ص ١٦ .

بأساسيات هذا النوع من العمل الاجتماعي . فهو يجب أن يتلهم بوعي مبدأ
مراعاة قيم مهنة الخدمة الاجتماعية ، ومبدأ مقابلة الحاجات الإنسانية ،
ومبدأ مراعاة ثقافة المجتمع ، ومبدأ تكوين الجماعة على أساس مرسوم ،
ومبدأ الأهداف المهنه ، ومبدأ تكوين علاقات طيبة بين الأخصائي والجماعة ،
ومبدأ الدراسة الشاملة (بهدف معرفة الفترات) ، ومبدأ التفاعل الاجتماعي
الموجه ، ومبدأ الديمقراطية وتقرير المصير ، ومبدأ التنظيم الوظيفي للمهن ،
ومبدأ الخبرات التطبيقية التي يتيحها البرنامج ، ومبدأ استغلال الموارد ،
ومبدأ التفويض (١٣) .

ويحتاج أيضا المتخصص في المجال الطبي أن يدرك التباين بين
المؤسسات التي تعمل بطريقة خدمة الجماعة . فالمؤسسات تختلف من حيث
نوع العملاء من حيث الجنس والسن والمستوى الاقتصادي والنفسي
والاجتماعي ، كما تختلف المؤسسات في البرامج التي تمارسها الجماعات
داخلها . فإبراهيم ز. (١٠٠) ، ومؤسسة ، ويستنبأ بعض أنواع وأمد من
البرامج بينما يقدم البعض الآخر أكثر من نوع ، كذلك تختلف من حيث
السياسة العامة للعمل ، وتبعية الاشتراك . ويعد وعي المتخصص بنوعية
المؤسسة أو المنشأة الصحية التي يعمل بها أمرا مساعدا على إمكانية
تحديده لانسب البرامج للجماعات التي يعمل معها . بالشخص الذي يعمل
في وحدة لمرضية سرطان لابد أن يخطط آدائه للخدمة واختياره
للبرامج من من يعمل في دار للمسنين أو مؤسسة لرعاية مرضى الجذام (١٤) .

هناك أيضا مجموعة من الفروض التي ترتبط بالعمل مع الجماعات
يمكن أن يضعها المتخصص في المجال في اعتباره سواء لمحاولة اختبارها أو
للإفادة منها في أدائه لعمله . فيشير مثلا إحد الفروض إلى أن الجماعات
يمكن أن تستخدم للعمل على تغيير اتجاهات الأفراد وسلوكهم . ويقرر
آخر أن الجماعات يمكن أن تقدم خبرات إذا تم اختيار بعضها فيمكن أن تكون
ناجعة في الاستخدام بهدف الوصول إلى غايات مبنية . وأن الفترات التي
تحدثها الجماعات يمكن أن تكون أكثر رسوخا ودواما واستقرارا عن تلك
التغيرات التي تحدث بطرق أخرى . كما توجد فروض تتعلق بالمجموعات
التي تساعد على الانقلاب عليها ، فهناك الفرض الذي يقرر أن الجماعات

(١٣) أثيرا تفصيل عن هذه المبادئ في المرجع السابق للدكتور محمد
شمس صفحات ٤٩ - ٦٨ .
(١٤) أنيس عبد الملك ، خدمة الجماعة ودورها في المجتمع المعاصر .
مكتبة الانجلو المصرية ، سنة ١٩٧٤ ص ٢٧٤ .

تحاول دائما التغلب على الصعوبات التي خلقتها التعرض لعمليات التعلم .
وهناك فروض أيضا تتعلق بقدرات الجسامات مثل الفرض الذي يرى أن
الجسامات تعد أدوات لمساعدة الأفراد في استخدام قدراتهم ، فالجامعة يمكن
أن تكون اقتصادية بدرجة كبيرة فيما يتعلق باستخدام الموارد النادرة مثل
العمال الحرة وغيرهم (١٥) .

وتعد طريقة تنظيم المجتمع إحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية لدعم
الجهود المشتركة في مختلف المستويات المجتمعية للتصدي للحاجات والمشكلات
المجتمعية طبقا لخطة تحشد الموارد المحلية والمستقبلية في إطار السياسة
العامية (١٦) . ويحتاج الاختصاصي المتخصص في المجال الطبي الذي يعمل
بطريقة تنظيم المجتمع أن يمس فلسفة تنظيم المجتمع . فهو يجب أن يضع في
اعتباره مسألة التقييم والإخلاقيات فهناك قيم معينة يتم من خلالها العمل
مثل الأيمان بالمعادلة الاجتماعية ، والاعتراف بكرامة الفرد ، والاعتراف
بحق الفرد في التعبير عن احتياجاته وحقه في المساهمة في شؤون مجتمعه
... الخ . كذلك فإن لطريقة تنظيم المجتمع أهداف ووظائف ، فهي تهدف
إلى تحقيق نمط للتفاعل قبل للحياة والتنويعا يتصل بالعلاقات في المجتمع ،
وبالأهداف الاجتماعية المتفاعة . وتدخل ضمن فلسفة تنظيم المجتمع نظرية
الطريقة إلى المجتمع فهي تنظر إلى المجتمع ووحداته الأساسية في ضوء
نكوة الفروق الفردية والاعتماد المتبادل بين الوحدات الإنسانية وأن الفرد
وحدة الجامعة (١٧) وما إلى ذلك مما يجب أن يوضع في الاعتبار . وتستخدم
أيضا هذه الطريقة أدوات وأساليب فنية واستراتيجيات وعمليات .

ويجب على المتخصص في المجال الطبي أيضا أن يضع في اعتباره
مبادئ تنظيم المجتمع . فهناك مبدأ التقبل . فهو لابد أن يمس مفهوم التقبل
وإيمانه ومتنفساته وأن يؤمن بأهميته . وأن يمس مبدأ المسؤولية
الاجتماعية ، مسؤولية الأفراد ومسؤولية المجتمع ، ومبدأ حق اتخاذ القرار
فالأفراد المجتمع موضوع التغيير من حقهم أن يقرروا نوع التغيير والبرامج
والمشروعات التي يريدونها . أما مبدأ الموضوعية الذي لا يمكن أن يستغنى
عنه أيضا المتخصص فهو مسياعده على التخلي عن الذاتية في العمل .

(15) Tom Douglas, Group Work Practice, Tavistock Publications,
London, 1976, pp. 28, 29.

(١٦) د. إبراهيم عبيد الرحمن رجب وآخرون ، أساسيات تنظيم
للمجتمع ، سلسلة قراءات في تنظيم المجتمع . الكتاب الأول - دار انتقام
للطباعة والنشر ، القاهرة ، سنة ١٩٨٢ ، ص ٧٠ .
(١٧) المرجع السابق ، ص ٨٤ - ٨٩ .

ويأتى مبدأ التتويم الذاتى الذى يساعده أيضا على التعرف على مدى نجاح
لوفشل ما قام به من عمليات لتحقيق الهدف (١٨) :

ونظرا لأن علاقته الاخصائى الاجتماعى بالمميل عادة ما تكون علاقة
ارشادية ، لهذا فان كتب الارشاد العديدة التى تقدم طرق واساليب الارشاد
ان يعمل فى اى مجال من مجالات الخدمة تعد مراجعا اساسية يتعلم منها من
يعمل فى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية ابعاد العملية الارشادية مثل مفهوم
الارشاد وأنواعه : كالارشاد فى اوقات الازمة والارشاد التنبؤى . كما
تقدم هذه الكتب المداخل والنظريات المختلفة المتعلقة بالارشاد وتعاليمه .
وسوف نتناول مثالا واحدا مما تقدمه كتب الارشاد وبعد نانما للتخصص فى
المجال الطبى . فالاخصائى كمرشد لابد ان يكتسب بعض المهارات ويبنى
القدرات التى تساعد على النجاح فى التعامل مع المميل ، ومن القدرات
والمهارات التى يجب ان يكتسبها ما يأتى :

١ - ان تتولد لديه مهاره الوصول الى الآخرين بسهولة ، فلا يبتلى
بمبدأ من المميل مجنونا وفكريا . ويساعد توفر هذه المهارة على سرعة
تقبل المميل لارشادات الاخصائى

٢ - ان يستطيع كسب ثقة من يقوم بمساعدتهم .

٣ - ان يستطيع الدخول الى الفرد الذى يساعده وأن يخرج من
الموقف فى الوقت المناسب .

٤ - ان يبنى فى نفسه احترام الآخرين والاهتمام بهم .

٥ - ان يتطلى باحترام النفس ، والا يصل تأثيره بالنفس الى أن
يستجيب لها بغيره وما يحصلون من خلاله على الرضى النفسى دون أن
يكون متعبا لهم .

٦ - ان تكون لديه معززة تسمح له بتقديم الفائدة والمشورة للشخص
الذى يقدم الخدمة .

٧ - ان يكون قادرا على فهم سلوك من يساعدهم دون أن يطلق عليهم
أحكما قسرية .

(١٨) انظر مزيد من التفاصيل فى كتاب الدكتور ابراهيم عبد الرحمن ،
مراجع سابق ، صفحات ٩٤ - ١٠٢

٨ - أن يكون قادرا على التفكير المنظم ، خاصة ما يتعلق بالوصول الى الاسباب .

٩ - أن يكون مصرحاً ، ليس تظلدياً أو جليداً ، وأن تكون له النظرة الشاملة للأحداث الإنسانية .

١٠ - أن يستطيع التعرف على أنماط السلوك التي تجعل الناس ينهزمون ، وأن يكون قادراً على أن يحث الناس على تبني أنماط السلوك التي يكون لها مفعلاً أكبر .

١١ - أن يستطيع مساعدة الآخرين على أن ينظروا الى أنفسهم نظرة صحيحة ولا يجهلوا الاجابات المباشرة عن أنفسهم عندما يسألهم الى شخص من نواتهم (١٩) .

مجالات واهتمامات الخدمة الاجتماعية الطبية :

اتسمت مجالات واهتمامات الخدمة الاجتماعية الطبية في السنوات الأخيرة سواء في ميدان الممارسة أو في مجال الدراسات . ويجب أن نشير قبل أن نتحدث عن المجالات والاهتمامات الى أن الخدمة الاجتماعية الطبية تتدخل في مجالات العلاج ، ولها دورها أيضاً في مجال الوقاية . ذلك أن تذليل الصعوبات الاجتماعية المحيطة بالمرضى تمتد من عمل الأخصائي الاجتماعي . وينتظر أن تاتي الخدمة الاجتماعية الطبية في مجتعاتنا المصرية ثماراً كثيرة في مجال ربيع المستوى الصحي والاجتماعي في البلاد خاصة وأن غالبية من يترددون على المستشفيات والمؤسسات الصحية يعانون من صعوبات اجتماعية ملها يعانون من المرض تماماً . فنجاح العلاج الطبي لا يتوقف فقط على رعاية المريض صحياً واجتماعياً في المستشفى بقدر ما يتوقف أيضاً على المساهمة في حل مشكلات المريض النفسية ، والعامل الذي تمنحه ظروفه تحتاج الى رعاية أطالها خارج المستشفى ، والعامل الذي تمنحه ظروفه من التردد على المستشفى في ساعات العمل يحتاج الى ترتيبات يجرىها الأخصائي بين المستشفى وبين العمل ، والزوج المصاب بمرض تناسلي يحتاج أن ينبه الى الاحتياطات اللازمة لتفادي مشكلات المستقبل (٢٠) .

(19) Jenn J. Pietrofesa, Counseling : An Introduction, Houghton Mifflin Company, U.S.A., 1984, p. 23.

(٢٠) د. محمد عبد المنعم نور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والاهتمامات ، مكتبة القاهرة الحديثة ، القاهرة ، سنة ١٩٧١ ، ص ٢٨ ، ٣٩ .

لما من جهة الدور الوقائى نعى تقدم الجهود المنظمة التى تستخدم
بها معرفة تتعلق بالصحة والأمراض لمساعدة الأفراد على الحفاظ على
الصحة الجنسية والعقلية بنأى من الأمراض . كما تساعد الأفراد والأسر
والمجتمعات المحلية على تغذى المشكلات الاجتماعية . وتبذل الجوانب
الوقائية داخل المستشفى فى ترشيد الزوار للمعد من انتشار الأمراض
والنمعرض لها ، والتيام بالتنظيف والتربية الصحية ، والتحفيز من العادات
الضارة كاللثخين والعقن بالمخدرات ، والممارسات غير الشرعية للجنس
خارج إطار الزواج وغيرها (٢١) .

وفود أن تشير الى أننا سوف نذكر هنا بعض مجالات الاهتمام وهي
بجود نماذج لا يمكن أن نقدم أكثر منها نظرا لأن المجالات متشعبة لا يمكن
ذكرها جميعا فى إطار فصل واحد (٢٢) . وفيما يلي أهم المجالات والاهتمامات :

الخدمة الاجتماعية فى المستشفيات :

تهتم الخدمة الاجتماعية بمجال المستشفيات اهتماما كبيرا . ويظهر
ذلك فى مجالين : المجال الأول هو مجال العمل فى المستشفى إذ أن هناك
أعدادا كبيرة من الاختصاصيين الاجتماعيين يعملون فى المستشفيات والمؤسسات
الصحية المتنوعة ، والمجال الثانى هو مجال إجراء البحوث والدراسات التى

(٢١) د. ثروت اسحق ، نور الخدمة الاجتماعية فى المجتمع ، دراسة
للنساء والطرق والتطبيقات ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، سنة
١٩٨٥ ، ص ٢٥١ .

(٢٢) الواقع أن التارىء لتراث الخدمة الاجتماعية المنشور يجد أن
هناك كتابات عديدة قد تناولت موضوعات تفصيلية بحيث يستطيع الدارس
وممارس الخدمة الاجتماعية على السواء أن يجد عونا سواء فى دراسته أو
فى عمله الميدانى . وسوف يجد أيضا كل منهما فى هذا التراث ما يساعده على
حل المشكلات النوعية الدقيقة التى تواجهه . وسوف نذكر مثالا واحدا
لذلك ، فعادة ما يحتاج الاختصاصي الذى يعمل فى أى مجال مثل المجال الطبى
الى إرشادات تتعلق بصرف المساعدات المادية . وقد احتوى التراث على
كتابات تعالج هذا الجانب ، ومنها مثلا كتاب ميشيل هل « الخدمة الاجتماعية
والمساعدة بالمال » الذى اهتم فيه بشرح طرق تمويل العمل أثناء ممارسة
الخدمة الاجتماعية فى القطاعات المحلية ، وكيفية مواجهة المشكلات التى
ترتبط بالنقر والديون وغيرها . فنظر :

Michael Hill & Peter Laing, Social Work and Money, George
Allen and Unwin Ltd., London, 1979.

تتعلق بتنمية دور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي بصحة عامة ومجال
المستشفيات بصحة خاصة . ولعل الدراسة القليلة التي أجراها الدكتور
عادل محمد أنس للحصول على درجة الدكتوراه بعنوان « تطوير الخدمات
الاجتماعية . تجربة ميدانية بمستشفى النيل القلبي » تعتبر أحد الأبحاث
الدالة على هذا الاهتمام . وقد كان يهدف من بحثه الى التعرف على دور
التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع في تدعيم المستشفى كمنسق لخدماتها بما
يحقق تطوير الخدمات العلاجية والاجتماعية المؤداة للمرضى والعاملين
بالمستشفى . وللتعرف على ذلك حاول البحث عن أثر ممارسة الاخصائي
الاجتماعي لبرنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع على تحسين مستوى
الخدمات العلاجية والاجتماعية المقدمة للمرضى في المستشفى ، ثم أثرها
على تهيئة مناخ جيد لتدعيم العلاقات الانسانية بين مختلف العاملين في
المستشفى (٢٣)

الخدمة الاجتماعية في مجال المعوقين :

حتى مجال المعوقين باهتمام شديد سواء من حيث العمل للمعنى أو
للدراسة أيضا . فقد تم تفسير المعوق وشرح طبيعته الشخص المعوق
وسماته الأساسية . وهناك أيضا دراسات عديدة عن عمليات التأهيل
وطرقه ، وإخلاقيات ومبادئ شخصية لتأهيل المعاقين .

والنموذج الذي يمكن أن تقدمه الدراسات التي أجريت على المعاقين
دراسة الدكتور زينب حسين أبو العلا التي اهتمت فيها بموضوع قبول
الذات لدى المصاب بالبتير . تلك الدراسة التي حصلت بها على درجة
الدكتوراه من جامعة حلوان . وقد حاولت في هذه الدراسة أن تبين أثر
ممارسة الخدمة الاجتماعية بالتركيز على خدمة الفرد في تقبل المصاب بالبتير
لذاته . فقد حاولت التعرف على مؤثرات الإصابة بالبتير على مفهوم الذات
يجتنبه محاولة التعرف على طبيعة ودور هذه الممارسة للخدمة الاجتماعية
لمساعدة المصاب بالبتير لتقبل ذاته واستعادة قدرته على الاداء الاجتماعي
السليم . وتم في هذه الدراسة الكشف عن التفاعل المتبادل بين المصاب
بالبتير وبيئته سواء كانت الأسرة أو المدرسة أو العمل ، والوقوف على
الحقائق المتصلة بالإعاقة الجسدية كمحاولة للمساهمة في الانجاء للتأهيل

لنقوم الاجتماعية والخدمة الاجتماعية وذلك الى الكسالى بين الله رقة
المحددة والتطبيق (٢٤) .

التخصص في خدمة المرضى :

انجبت الخدمة الاجتماعية الى مزيد من التخصص في مجاله رعاية
المرضى بحيث أصبحنا نجد من يتخصصون في العمل مع المرضى بأعراض دون
غيرها ، كما أن هناك دراسات متخصصة تتعلق بكيفية العناية بكل نوع من
المرضى . ففي حالة مرضى القلب على سبيل المثال يتجه عمل الاخصائى
الاجتماعى الان الى الحيلولة دون حدوث مضاعفات في المستقبل ولدى اطراخطة
العلاج وتوصيات الطبيب للمعالج . ويتولى الاخصائى الاجتماعى تطبيقه
دقيق لتطلبات العمل الذى يقوم به المريض بنية توجيهه نحو الامال التى
لا تستمدى جهدا حركيا أو عقليا تنوء به حالته . وينهى أن يتطلب ذلك
اتصالات مع جهة العمل . ويمكن أن يتضمن أيضا محاولات اعادة تدريبه بما
يتفق وظروفه المرضية (٢٥) .

أما في حالة مرضى الدرن فان الاخصائى الاجتماعى يقوم بدوره تجاه
المريض سواء في المصحات أو في المنزل . ونظرا لان فترة العلاج تستغرق
وقتا طويلا فان المريض يحتاج دائما الى الرعاية والانشراف المستمر ، فيلزم
مثلا أن يكون النشاط ذهنى والحركى متناسبا ولذا للحاجة المصحبة
للمريض المصاب بالدرن الرئوى ، كما يحتاج هذا المريض الى نوعية مناسبة
من الغذاء ، ويحتاج أيضا عند انتقاله للشفاء أن يتعلم التكيف للبيئة الخارجية
والتعرف على الهياكل والجهات التى يمكن أن تقدم له العون حتى يستعيد
استقلاله الاقتصادى والاجتماعى . وهذا ما يمكن أن يشرف عليه ويقوم به
الاخصائى الاجتماعى . وللأخصائى الاجتماعى دوره أيضا مع أسرة مريض
الدرن فنظرا لان الدرن الرئوى يصيب فى الغالب الأشخاص فى مقتبل العمر
الذى يرتبط يتكوين الأسرة الامر الذى يحدث أرباكا فى الظروف الاقتصادية
واللوارد التى تعتمد عليها الأسرة ولهذا فان تدخل الاخصائى الاجتماعى
يقتديم مساعدات مالية للمريض وأسرته يمكن أن يحينه على اجتياز الصدمة

(٢٤) د. زينب حسين أبو العلا . أثر ممارسة الخدمة الاجتماعية في
تقبل المصاب بالبرن لذاته ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية —
جامعة حلوان ، سنة ١٩٧٩ . ص ٢٤٢ .
(٢٥) د. محمد عبد المنعم نور ، المرجع السابق ، ص ٤٤ .

الاولى المتعلقة بمواجهة بتطلبات: الحياة . وفي ضوء ذلك تعتبر الاستمالة بالوايد البئية . من العوامل التي تؤثر للمريض الهدوء النفسى والتساوى يؤكد تجاوبه مع خطة العلاج المقررة له . كذلك يتطلب علاج مريض السنن عزله عن أسرته لفترة من الزمن وحى تثير بعض المتاعيب النفسية . . ويمكن أن يقوم الاخصائى الاجتماعى بدور أيضا في المجتمع المحلى مثل تمييز المرضى بانتظمة الكشف الطبى الدورى والإسهام في حملات للفحص الجاعى حتى يمكن اكتشاف الحالات المصابة في بدايتها وتحصين المعرضين للمعدى وتوعيتهم (٢٦) .

وتتعدد ادوار الاخصائى الاجتماعى الذى يعمل في مجال: مرضى الرمد ، فهو يتدرب على اتخاذ التدابير اللازمة التي تكفل تجاوب المريض وتساونه مع القائمين بعلاجه . ويعد هذا المبريق الاعية في اداء اخص العيون بمهمة خاصة نظراً لان الاهمال في العلاج أو عدم الانتظام فيه يمكن أن يؤدي الى مضاعفات خطيرة ، خاصة وأن هنالك مرضى لا يستطيعون فهم طبيعة مرضهم وخطورة مضاعفاته . وفي الاسر التي يتكرر إصابة أطفالها بالرمد المصيدي نتيجة النقص في تدابير النظافة الشخصية وتنشئ العادات المحبة السيئة يحتاج الطبيب الى معاونته الاخصائى في البحث على تحسين سلوك افراد هذه الاسر تناديا للاصحية او المضاعفات . ويعمل الاخصائى أيضا على مساعدة مرضى العيون في الحصول على الادوات والمهمات الطبية التي يتررها الطبيب كالتنظرات الطبية والحساسات اللامعة وغيرها . وهو ايضا يحاول اقناع المرضى الذين تستدعى حالتهم اجراء عملية جراحية أو الخضوع لعلاج معين ، كما يقوم بتعريف الطبيب بالمعالج بالظروف الاجتماعية والاتصالية لبعض الحالات ، خاصة ما يكون له تأثير في سير المرض وعلاجه (٢٧) .

ويحتاج مريضى المسكر دائما الى من يساعدهم على تنظيم معيشتهم وطرق تغذيتهم . فيحتاج المريض الى تألم وتكيف للعلاج ، كما يحتاج الى من يزيل من طريقه الصعوبات والمراثيل التي تحول دون تجاوبه مع خطة العلاج ، وهذا يمكن أن يقوم به الاخصائى الاجتماعى . ودوره مع مرضى المسكر لا يقتصر على العمل الفردي ، فهو يبتد الى عقد لاجتماعات دورية

مع المرضى وأسرعهم لمتابعة المشي - الإبراهيمية لأخضعة يوم . وفيه يوم
الأخصائي يعصر المرضى وتتبع الحالات ، وتقدم المساعدة عن خلال نيل
بطانة خاصة بكل مريض . ولذا كان ذلك يكون متريدا في « حالة المريض » هو
يكون أكثر غائبة فيها يتعلق بلسان المريض عند الضرورة . ومن الطبيب
أن يقدم بعض الخدمات الأخرى التي يقدمها للمريض بصفة عامة مثل الإسعال
بجهد العمل وصرف المساعدات ... الخ (٢٨) .

ويأتي الدور الهام للأخصائي الاجتماعي مع مرضى الأمراض المستعصية
مثل مرضى السرطان . ويتطلب الموقف المهني من الأخصائي الاجتماعي أن
يرى المريض ك فرد يواجه موقفا يهدد سماعته وراحته لا كضحية تستحق
الرتاء لمرض قد لا يتقبل الشفاء . ولهذا يحاول الأخصائي الكشف عن جوانب
القوة في المريض واستغلالها ، ومحاولة تمريض المعجز ولو جزئيا وذلك
بعد التغلب على العوائق السيكولوجية والمشكلات المادية والاجتماعية
والخوف والاعوام . ويحاول الأخصائي الاجتماعي دائما في كل عمل يؤديه
أن يفهم طابع شخصية المريض ومدى تأثير الإصابة بالمرض عليه ، وخاصة
على مخاوفه التي عادة ما تسببها الإصابة بهذا المرض الخطير . ويهتم
الأخصائي الاجتماعي بالتأهيل المبكر للمريض ، كما يهتم بالتعامل مع المشكلات
المادية والبيئية ، ولا يمكن أن يتم ذلك دون الامانة من مصادر الخدمات
بالمجتمع (٢٩) .

وقد امتدت مجالات وامتيازات الخدمة الاجتماعية الى أكثر أبعد من
ذلك ، وسوف نأخذ مثلا واحدا هو مجال الإرشاد الأسري أو العلاج
الأسري في مواقف متعددة . لدى المجتمعات الغربية التي تبيع الإجهاد يقوم
الأخصائي الاجتماعي بدور إرشادي في هذا المجال ، فهو يقدم الإرشاد
والدعم العائلي والمساعدة العملية . وهو يساعد المريضة على التعامل
بفعالية أكثر مع نتائج قرارها سواء كان هو الاحتفاظ بالطفل أو تفتاده . وفي
مستشفيات معينة يلجأ أخصائي أمراض النساء والولادة الى الأخصائي
الاجتماعي لكي يكتب تقريرا من طالبة الإجهاد يحتوى على التاريخ
الاجتماعي التفصيلي للسيدة بحيث يكشف عن مدى ملائمة الإجهاد

(٢٨) المرجع السابق ، ص ٥١ و ٥٢ .

(٢٩) محمد سيد نهى ، السيد رمضان ، النشأت الخاصة من منظور
الخدمة الاجتماعية (الجبرمين - الموقتين) ، المكتب الجامعي الحديث ،
الطبعة الأولى : سنة ١٩٨٤ ، ص ١١٠ و ١١١ .

لحالتها ، وبذلك يقوم الاخصائى الاجتماعى بدور فى اتخاذ اخصائى امرئس النساء والولادة لقراره (٢٠) .

ويتمد الارشاد الامرى الى المساعدة فى علاج مشكلات أخرى مثل علاج الامان اذ يحتاج المدين ولسرته الى ارشاد الاخصائى الاجتماعى . فلزوجة عادة ما تسأل الاخصائى الاجتماعى : هل من حل لمشكلة امان زوجى ؟ ولا يعتبر ذلك بالطبع طلبا محندا ولكنه يفتح الباب لمصلحة الارشاد والتوجيه . وفى هذه الحالة سوف يساعدنا الاخصائى على الوصول الى الحلول النافعة والمرضية لموتنها . وفى حالة تفكيرها فى الانفصال او الطلاق فهو يوضح لنا ان قرارها قد تأسس على مشامرها التى ترى من خلالها انها لم تصد خادرة ان تعيش مع الزوج ، ولم يتأسس على أنها يجب أن تعتمد الى حالتها الاولى . فعمل الاخصائى يهدف فى هذه الحالة الى تمريضها بطبيعة عملية الامان ومظاهرها السلوكية . وعندنا تقوى وتتسج تحول هذه المرأة الى عمل ، فعمل الاخصائى فى هذه الحالة أن يحول الزوجة من حالة الرغص الى الاعتلم (٢١) .

تأهيل ومسئوليات الاخصائى الاجتماعى فى المجال الطبي :

على الرغم من احتواء مقررات الدراسة فى كليات ومساعد الخدمة الاجتماعية على مادة غنية تتعلق بالخدمة الاجتماعية الطبية ، إلا أن التدريب المهنى فى المجال الطبي يعتبر أمرا ضروريا هو الذى يدمج النظرية والممارسة معا . فالتدريب يتضمن اكتساب مهارات من طريق المعلومات بجانب وجود مقررات من الممارسة تحت المراقبة والاشرف . ويجب ونحن نعد برامج التدريب أن نلصق الى محتويات ولسلوب للتدريب وذلك فى ضوء طبيعة العمل الاجتماعى المتغيرة . والملاحظ أن اغلب برامج التدريب تهدف الى تدريس المعلومات الاساسية والمهارات التى يحتاجها جميع الاخصائيين الاجتماعيين

(30) Martin Davis, The Essential Social Worker, A guide to Positive Practice, Educational Books, Heinemann, London, 1981, p. 92.

(31) Carlton E Munson, Social Work with Families. Theory and Practice, The Free Press, New York, 1980, pp. 377-378.

لكي يتمكنوا من التدخل في نطاق أوسع من المشاكل . ولكن يتزايد الإحساس الآن بضرورة وجود أخصائي اجتماعي له خبرة متميزة وخاصة على أنه حتى إذا كان البرنامج متخصصا فهو لابد أن يحتوى على بعض المواد التي يمكن أن تكون ذات فائدة للتخصص مثل تلك المبادئ العامة التي ترتبط بالخدمة الاجتماعية ككل .

ولعلّ نتيجتنا للمسؤوليات والوظائف التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي الطبي تعتبر عللا مساعدا على تعرفنا على تسميات عديدة خاصة بتأهيل من يعملون في هذا المجال . وقد حددت ناطلة الحاروني على سبيل المثال ثلاثة مسؤوليات أساسية للأخصائي الطبي وهي : مسؤولية التنظيم الداخلي ، ذلك أن الأخصائي الاجتماعي مسئول عن تنظيم قسم الخسنية الاجتماعية بالمستشفى أو المؤسسة الصحية نظما يؤدي إلى درجة عالية من كفاءة أهله العمل مثل توفير الأتية بطريقة تضمن مبرية الممولات . ولتأتي بمسند ذلك مسؤولية الأخصائي نحو المجتمع : تلك مهمة تنبيه المجتمع إلى وجود قسم الخدمة الاجتماعية لكي تحول إليه الحالات المستحقة . والتعاون مع مصادر البيئة بطريقة تضمن حصوله على مساعدتها ، والاحتفاظ بسجل أسماء المرضى للمتابعة ، ثم تزويد المرضى بالثقافة الخاصة بالنسبة لهم . ويأتي النوع الثالث من المسؤوليات وهي المسؤوليات التقنية الخاصة بالمرضى : مثل شرح وظيفة الإسعفة الطبية للمريض ، وبحث التاريخ المرضي للمريض لمساعدة الطبيب في توجيه عمليات الفحص والعلاج ، وإعداد المريض لقبوله الاختبارات الطبية . وشرح طبيعة المرض للمريض بالطريقة المناسبة ثم العمل مع الأتارب (٣٢) .

- ويمكن للأخصائي الاجتماعي أن يجمع مع الفريق الطبي في الوصف إلى تشخيص في حالة وجود عوامل اجتماعية ونفسية مؤثرة على المرض . ويحتاج الأخصائي لكي يتمكن من تقييم المريض في مثل هذه الحالات إلى أن يظهر لديه بعض المهارات من الاضطرابات المزاجية والتمسكية والمصيرية التي تعينه على مزيد من فهم الحالة وفرونها . ذلك أن الأخصائي الاجتماعي يحاول تقييم موقف المريض من جوانب مختلفة فهو يعمل على تقييم شخصيته وعمله وعلاقاته وخبراته وخلقته الثقافية وتدريبه وأسرتة وعلاقة المريض

(٣٢) ناطلة مصطفى الحاروني ، خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية ، الجزء الثاني ، مطبعة السخادة ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٧٥ ، ص ٦٠٦ - ٦٠٩ .

بإحداث معينة مر بها في حياته ، والتغيرات التي حدثت في أدواره وأسلوبه حياته ، بالإضافة إلى كيفية تأثير المشاكل على سلوكه وعلاقاته

ويجب أن ندرك أن عملية التقييم هذه لا تعد عملية تشخيصية فقط ، وهي ليست أيضا عملية مؤقتة . فهي عملية علاجية ومستمرة . فاستمرار التقييم يؤدي إلى بناء علاقة بين المريض (وأسرته) وبين الأخصائي الاجتماعي بحيث يمكنهم مما تقرير نوعية المساعدة التي يحتاجها المريض ومداها . ويساعد التقييم على تقرير الاهمية الاجتماعية لبعض العوامل ذات الأثر السلبي أو الإيجابي مثل أثر الضغوط والقلق ، وأثر المساعدة التي يمكن توفيرها للمريض ، ودور وتدورات أسرته في التعامل في مرحلة العلاج .

فهو يحدد دور الأخصائي الاجتماعي في أنه يستطيع أن يسهم في مساعدة المريض بطرق عديدة تتطلب جميعها مهارات مثل معرفة كيفية الحدوث مع المريض بنفردا أو وهو داخل مجموعة ، ثم كيف يستطيع تكوين العلاقة المهنية واستخدامها في العلاج ، وكيف يستفهم الوقت والأسلوب العلاجي الذي يستخدمه بطريقة برنة تتناسب مع احتياجات المريض وأسره . ويتضمن ذلك القيام بأدوار مختلفة تتأسس على معرفة متخصصة . وأهم مجالات المساعدة التي يؤدها الأخصائي يأتي :

١ - دراسة حالة المريض وتقرير نوعية ومدى المساعدة التي يحتاجها . وتحتاج بعض الحالات إلى مساعدات قصيرة المدى بينما تحتاج حالات أخرى إلى مساعدات طويلة المدى سواء للمريض أو لعائلته . ففي فترات قصيرة يمكن أن يقدم الأخصائي الاجتماعي مساعدات مركزة تساعد المريض وأسره على مواجهة الكوارث ، أو أن يساعد المريض على التخلص من مخاوف خاصة به أو وضع خطط العلاج . ويمكن للمساعدة التي تقدم في فترة قصيرة أن تهدف إلى أن تساعد الأسرة على النظر إلى المشكلة من زوايا مختلفة وعلى استخدام مواردهم بطريقة جديدة تسهم في حل المشكلة . ويمكن أن يكون هذا النوع من المساعدات كافيya لكي يكون المريض من أن يتبع خططا واقعية تساعد على استقراره وتكفيه لفترة زمنية طويلة . ويحتاج بعض المرضى وأسره إلى مساعدات لفترات زمنية طويلة . ويمكن للأخصائي أن يقدم دعما ومساندة طويلة المدى في بعض برامج التأهيل التي تستلزم فترة زمنية طويلة . فيحتاج بعض المرضى إلى وجود شخص بجوارهم في أوقات عديدة ، بينما يحتاج غيرهم إلى شخص يلجأون إليه في أوقات تزايد الضغوط ، ويحتاج البعض الآخر إلى مساعدات متصلة على فترات زمنية طويلة نظرا لطول فترة مرضهم أو بسبب تعقد وإستمرار

مشكلاتهم. للخدمة والاجتماعية . ويلزم ان يجسرى الاخصائى الاجتماعى مقابلات متتالية مع مرضى آخرين لمحاولة تخفيف الصراعات الداخلية بهدف أن يصل بهم الى حالة من الراحة للتغلب على مخاوفهم الدنيئة . وفى هذه الحالة يحتاج الاخصائى الى تاسيسات ومهارات تتعلق بالمعالج النفسى .

٢ - مساعدة الاسرة على رعاية المريض أو الشخص غير القادر ويمكن أن يتم ذلك بصفة شخصية أو لاسرية ، ويتطلب هذا عادة التعرف الدقيق على العلاقات الاسرية المعقدة ، ويحتاج الاخصائى لاداء دوره فى هذا المجال الى بعض المهارات المتعلقة بالمعالج الاسرى ومشكلات الزواج ، ويحتاج أن يتعلم أيضا كيف يشارك مع الاخصائى النفسى والطبيب فى حل المشكلات .

٣ - المشاركة فى مجموعات عمل علاجية وتدريبية بالنسبة لمجموعات من المرضى . يمكن تدريب الاخصائى وتأهيله للعمل مع الجماعات الاسرية ، والجماعات المتينة فى بيوت التسليم والمرضى الذين يقعون فى المستشفيات أو خارجها وأقاربهم .

٤ - تقديم المشورة واستخدام الموارد لصالح المريض وأسرته . يمكن اعتبار الاخصائى الاجتماعى مصدراً للمعلومات النفسية بحقوق ومساح الفرد ، والمعلومات الخاصة بالامكانيات الاجتماعية والمساعدات العملية . ويعرف الاخصائى من خلال مشاركته فى شبكة الخدمات كيف يصل الى هذه الامكانيات ، رأى الامكانيات يجب أن يستخدم ، ثم نوعية المعلومات التى يجب أن يتدبها . نلاحظ أن تقديم الاخصائى للخدمات والمساعدات المفيدة وهذا قد لا يحل مشكلات المريض وأسرته إذ هم يحتاجون الى مساعدة ارشادية الى كيفية استخدام المساعدات . والمساح لهم باظهار أى رفض أو اتجاهات عدائية نحو المساعدة ، والسماح لهم أيضا بلقاء أى مشاعر أو مخاوف أو اضطرابات خلال عملية تقديم وتبذل المساعدة .

٥ - بذل طاقات كبرى فى معاونة ثلث معينة من المرضى مثل معاونة المريض العقلى على دخول المستشفى ، والمساعدة على تكيف الاطفال للموقف العلاجى . والتعرف على احتياجات المريض المزمع وغير القادر .

ويتطلب قيام الاخصائى الاجتماعى بأداء دوره فى المجالات السابقة القدرة على التشاور مع الزملاء الذين ينتهون الى مروع طيبة أخرى . والقدرة على الاتصال بالهيئات والافراد الذين لهم صلة بمن يقدم لهم الخدمة . ونحن ننظر الوقت الذى تلتحق فيه قنوات التشاور بين الاخصائى الاجتماعى

والفرق المسئول عن العلاج ، والوقت الذى يبحث فيه الطبيب عن
 الاخصائى الاجتماعى الذى تكون لديه علاقة مع المريض وعائلته بحيث يتم
 تحويلهم اليه ، والوقت الذى يسأل فيه الاخصائى بدوره عن يعرفون
 المريض من اطباء أو أفراد وهيئات تقدم المساعدة لكي يتم التنسيق المطلوب
 فى تقديم الخدمة . كذلك تنتظر أيضا الوقت الذى تتسع فيه دائرة عمل
 الاخصائى الاجتماعى فى خدمة المرضى واسرهم وتنوع المهام والخدمات التى
 يمكنه ان يقدمها لهم . فلا شك ان هناك من يحتاجون الى جهد الاخصائى
 الاجتماعى المخلص والكفء فى نفس الوقت . فهناك المرضى وعائلاتهم الذين
 يحتاجون الى مساعدة ومساندة مبلية نتيجة وجود مريض أو موق فى
 منزل ، وهناك الأم المسكبة بالاكئاب واطفاله الذين يحتاجون الى رعاية .
 وهناك المرضى واسرهم الذين يعانون من الطلق والاضطراب ، وهناك الخوف
 من المرض والاماة . وهناك حالات المعز والامراض المؤدية الى الوفاة .
 وهناك من هم فى دائرة الخطر من الاصابة باضطرابات نفسية نتيجة فقدان
 الاشخاص بالوفاة أو فقدان الوظيفة . وهناك من يحتاجون الى تغيير أسلوب
 حياتهم . وهناك من يشعرون بالوحدة والافتراق فى حياتهم ، ومن تعاودهم
 الامراض المتكررة (٣٣) . الخ . وكلهم يحتاجون الى عون الاخصائى
 الاجتماعى .



الباب الثاني

اسهام الطوم الاجتماعية والسلوكية

في الطب والمـلاج

الفصل الخامس

تساوون العلوم الاجتماعية والسلوكية

في خدمة الطب

اتضح لنا من الفصول السابقة أن هذه الفروع العلمية التي تهم مجال الطب وممارسته هي فروع وفيدة ، ومع ذلك فإن كثافة الانتاج العلمى في كل فرع منها قد أخذ في التزايد نتيجة الحاجة الماسة للاسهام في هذا المجال الحيوى الا وهو مجال الصحة والمرض . والواقع الذى تواجهه الآن هو أن ادراك وضع ودور العلوم الاجتماعية التي تسهم في مجال الطب يعتبر في أننى تراجته سواء على المستوى الأكاديمى أو على مستوى الممارسة العلمية للمسائل الطبية . فنحن إذا سألنا من يعملون في المجال الطبي من الأكاديميين أو الممارسين وكثير من المتقنين من علم الاجتماع الطبى فربما نجدهم قد سمعوا عن هذا المجال أو شاهدوا هذا العنوان على كتاب لكن وعيهم بالمجال يتسم بالغفوض ، بل أن بعضهم سوف يكون خالى الذهن تماما . أما إذا سألنا عن الأنثروبولوجيا الطبية فيمكن أن نجد من لا يعرف ماذا تعتمد على الاطلاق . ذلك أن البعض يتصور أن الأنثروبولوجيا هي دراسة الحضريات أو انسان ما قبل التاريخ . كذلك نهم إذا سمعونا ننوه الى علم التنفس الطبى نسوف يعتقدون أنه التخصص الذى يتناول الامراض النفسية بالدراسة أو التخصص الذى يعالج من يعانون من هذه الامراض . كذلك فإن مجال الخبرة الاجتماعية ليس أسعد حظا من المجالات السابقة ، فقد أكد الباحثون أن الاختصاصى الاجتماعى في عمله في المستشفى وأثناء تقديمه للخدمات العلاجية والاجتماعية للمرضى تواجهه العديد من المشكلات والصعوبات التي من أهمها عدم تفهم الأطباء وبقية أعضاء الفريق العلاجى لدوره داخل الفريق وذلك

لعدم وجود دور واضح له ويحدد ويعترف به بالمقارنة ببقية أعضاء الفريق العلاجي ، بالإضافة الى عدم وجود سلطات ادارية مناسبة له تتناسب مع ما لديه من مسؤوليات ، هذا بجانب تعقد الإجراءات الروتينية والإدارية والتي تسبب في تعطيل استفادة المريض من الخدمات المتاحة له بالمستشفى .

والواقع أن من يعملون في مجال الطب لهم عذرهم في الوقت الحالي فأغلب التراث المتوفر عن هذه الفروع العلمية - باستثناء الخدمة الاجتماعية - قد كتب معقله بلغات أجنبية والقليل منه تم نقله الى العربية . كذلك فإن التقاليد السائدة في التعليم الطبي (٢) لم تنصحن حتى الآن كثافة في التأكيد على الدور الذي يمكن أن تلعبه العلوم الاجتماعية في العملية العلاجية . كذلك فإن ندرة الاعتماد على الجانب الاجتماعي في مواقف الممارسة الطبية على مدى زمني طويل ، وخلو الميدان لها من الاعتماد على المتخصصين في مروع عملية اجتماعية مثل الأنثروبولوجيا الطبية قد ساعد على الوصول الى نفس النتيجة .

ولكننا لا يجب أن ننكر أن الأعوام الماضية قد شهدت نموا في الوعي بدور هذه العلوم في إيجاد متخصصين يمكن أن يسهموا في جوانب تتعلق بالعملية العلاجية ، بل يمكن أن يقدموا دراسات تؤدي الى تحسين العملية العلاجية . ولعل ظروف التحضر قد أدت الى تمعيدات اجتماعية ونشيطية في أهمية البحث في دور الممارسة الطبية . يمكن أن يمتد موقف علاجي جسدي ، ولذا يمكننا أن نقرر أن المناخ الآن أصبح أكثر قبولاً لظواهر الدور الاجتماعي في المجال العلاجي . وعلى من يعملون في مجال العلوم الاجتماعية والسلوكية أن يبذلوا جهداً جاداً . بورا لتحديد دور كل منهم في عملية العلاج . وإذا كانت هذه العلوم تعتبر علوماً وليدة - كما سبق وذكرنا - فإن المناخ السائد اليوم سوف يساعد على فتح مزيد من الفرص لوضوح الدور ، وبمكثنا أن نقترح هنا ما ذكره دويل جنتري Doyle Gentry من الطب السلوكي ، فقد ذكر أنه إذا كان الطب السلوكي مازال في مرحلة المهد ، وليس هناك إجماع على تعريف محدده له فلا شك أنه يمثل فكرة أساسية قد حلت وفتت . ومع ذلك فإن نجاحها النهائي يركز على ضرورة تعاون العلوم التي لها علاقة بنفس المجال وإسهامها بالتساوي من أجل

(٢) لن نشر هنا الى أية تفصيلات تتعلق بوضع الدراسات الاجتماعية والسلوكية في مجال التعليم الطبي إذ أننا سوف نخصص الفصل السادس لمناقشة هذا الموضوع بالتفصيل . .

تحقيق الفهم الأكبر للصحة والمرض (٣) . ويتوقف نجاح العلوم الاجتماعية والسلوكية في الإسهام في المجال الطبي على الإدراك الواضح لمعدة قضايا أهمها :

تخصية الانتباه والمصاحبة :

ذلك إن كل فرع من هذه الفروع العلمية ينتمي إلى علم أعم ويرتبط بالفروع الأخرى التي تنهم في مجال الطب والعلاج . ويحجب أن يظل الارتباط البنوي بالطب الأم لكي يظل التخصص الوليد ينهل من مساهمات ونظريات التخصص الأكبر . وفي نفس الوقت يجب أن يفيد من التخصصات القريبة منه وهي مجبوعة الفروع العلمية التي تكون ما يعرف بالدراسات الاجتماعية والسلوكية أو الدراسات التنسئية . وعلى الرغم من أننا قد أشرنا في ثانياً كل نعمل من الفصول السابقة إلى ضرورة الإفادة من العلوم الأخرى لكن لمزالت هذه التتطة في حاجة إلى إيضاحات يمكن الضرف عليها من خلال المناقشة التالية :

لم يعد الوقت ملائماً لأن تتنازع العلوم المختلفة الاختصاصات وتعلن انفرادها بدراسة بعض الظواهر . فلك أن النخبة السائدة الآن في الأوساط الطبية هي فكرة الدراسة الشمولية وضرورة تعاون تخصصات متنوعة في دراسة الظاهرة . وقد اتضح لنا من استعراض الموضوعات التي يتناولها كل تخصص أنه ليست هناك خطوطاً فاصلة بين التخصصات بحيث تعدد لكل تخصص موضوعات لا يتفرق إليها تخصص آخر . موضوع المؤسسات الطبية مثلاً يتناول علم الاجتماع الطبي من زاوية كنا تتناوله الأنثروبولوجيا الطبية من زاوية أخرى . وهناك كثير من القضايا والمشكلات والمفاهيم تتردد في أكثر من تخصص . وقد ثبت أنه يصعب على التخصص العلمي الواحد منفرداً أن يتناول بكفاءة وبطريقة شمولية ظاهرة من الظواهر الطبية . ولهذا فأننا نجد اليوم دراسات عديدة يشارك فيها أكثر من تخصص علمي ، والهدف من ذلك الوصول إلى نظرة شمولية عميقة نخدم هدف الوصول إلى دراسة جادة (٤) . وقد قدمت لنا مثل هذه الدراسات

(3) Doyle Gentry, What is Behavioral Medicine, in Social Psychology and Behavioral Medicine, Edited by Richard Eiser & John Wiley & Sons Ltd., 1982, p. 11.

(4) Harvey Branner, Op. Cit., p. 21.

مادة غنية مليئة بتحليلات جديدة مبتكرة تتعلق بالبحث الاجتماعي في مجال الصحة . كذلك اشارت دراسات عديدة الى جدوى التعاون العلمى في دراسة الظواهر الصحية . فقد اشارت مثلا الدكتور زينب ابو العلا الى ان التغير الذى حدث في النظرة للمعاقين قد تبدلت من نظرة بلؤها الاسى والحزن والالام والحسرة الى نظرة متفائلة ترى امكانية توفير مستقبل مشرق لهم . ورات ان ضمن العوامل التى ادت الى ذلك - بجانب نمو تكنولوجيا ووسائل حديثة - تضامر العلوم المختلفة التى تجلى في ظهور كثير من النظريات التربوية والاجتماعية والنفسية التى تهتم بدراسة هؤلاء المرضى بهدف تحسين خدمتهم . ونكرت ان تقدم البحث في هذه العلوم قد ادى الى مزيد من الوعى بمسألة الفروق الفردية من الناحية الجسدية والاجتماعية والمثلية والانفعالية والخلقية (٥) .

ويجب ان ندرك ايضا انه حتى ولو كانت الظاهرة التى نبحثها ترتبط مباشرة بتخصص من التخصصات الا ان العوامل العديدة التى تؤثر في الظاهرة يمكن ان ترتبط بتخصصات اخرى . ويمكن ان تؤدي الدراسة او يؤدي التشخيص او العلاج المنفرد - دون مراعاة العوامل التى ترتبط بتخصصات اخرى الى اخطاء عديدة ، فعلى الرغم من ان النقص في القدرة العقلية يمكن اعتباره ظاهرة سيكولوجية ترتبط بتخصص السيكولوجى فان عملية تقويم النقص العقلى ليست عملية بسيطة . فعمل السيكولوجى لا يمكن ان يقتصر على تأكيد ان الاداء العقلى للفرد لقل من مستوى معين ، بل عليه ايضا ان يؤكد ان هذا الاداء المنخفض ليس نتيجة لظرف طارىء او لنقص الدائمة اثناء اجابة الفرد على الاختبار ، او نتيجة لعجز معين يمكن علاجه . بالطفل قد يفشل في الاجابة على بنود اختبار الذكاء لانه بمنزلة اجتماعيا اكثر مما يحدث ذلك لانه غير قادر على الاجابة . بالاضافة الى ذلك فان صعوبات السمع قد تفسر سوء فهمه للتعليمات اكثر مما يفسرها عدم قدرته على التعلم . اذن يمكن ان يكون تشخيص النقص العقلى خاطئا اذا لم يأخذ في اعتباره الظروف العديدة المحيطة مثل مشكلات التوافق الاجتماعى ، وقدره الفرد على العناية بنفسه في بيئته الاجتماعية الخاصة ... الخ (٦) .

ونحن نحتاج في هذه المرحلة الى دراسات مكثفة تعدد منهجيا كيفية تضامر المداخل المختلفة في دراسة الظاهرة الواحدة ، وتوضيح طبيعة التداخل والتعاون بين العلوم المختلفة . وتعتبر هذه المهمة صعبة لا تتطلب دراية

(٥) د. زينب أبو العلا المرجع السابق ، ص ١٤٦ - ٢٤٦ .

(٦) جوليان روتر ، المرجع السابق ، ص ٧٨ .

بكل تخصص بجانب ادراك عميق للمفاهيم والنظريات الاساسية ، ووعى
بمناهج البحث المتبعة في كل منها . ولذا كتبت هذه الدراسات سوف يكون
لها الطابع المكتبي الا انها سوف تسهم في تسهيل مهمة البحوث الميدانية
التي يقوم بها فريق متعدد التخصصات .

وعلى الرغم من أن العلاقة بين العلوم كلها لم يتم بحثها بشكل مكثف
بل احنوى التراث على مجرد اشارات لطبيعة هذه العلاقة ، كان العلاقة
بين علم الاجتماع الطبي والاثروبولوجيا الطبية قد اثير اليها بطريقة
تفصيلية . وسوف يؤدي شرحنا لطبيعة العلاقة بينهما الى ايضاح كيفية
دراسة العلاقة بين العلوم وجدواها . فقد اشر من حاولوا تحديد علاقة
الاثروبولوجيا الطبية بعلم الاجتماع الطبي الى أن تحديد العلاقة لا يهدف
الى مجرد ايضاح الفروق أو جوانب الاختلاف بينهما ، بل يهدف الى التعرف
بالعلاقة السائدة بينهما ، والتنبيه على أهمية التعاون بين هذين الفرعين
الذين يتناولان دراسة ظواهر تتعلق بموضوع الصحة والمرض . هذا فضلا
عن أن مناقشة العلاقة بينهما سوف تسهم في تحديد هوية الاثروبولوجيا
الطبية .

ولعل افضل ما نستعمل به لمناقشة العلاقة بين الفرعين هو ما نكسره
نومستر في مقدمة كتابه « الاثروبولوجيا الطبية » ، فقد فكر أنه على
الرغم من وجود فروق بين التخصصين نيا يتعلق بالموضوع والمفاهيم
واطار العمل والمنهج ، الا أن هناك العديد من نقاط الالتقاء ، بل أن هناك
الارض المشتركة ايضا . وإذا كان علماء الاثروبولوجيا يهتمون بالابصار
الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض فهم لا يمكن أن يتجاهلوا المادة والنماذج
المتوفرة والمتاحة في مجال علم الاجتماع الطبي . ويقول « أن التوجيه
الاجتماعي الثقافي الذي يصبغ هذا الكتاب يوضح أننا نحينون الى الفرع
الاشتق علم الاجتماع الطبي » .

وقد قام كل من نومستر Foster والسن Olsen سنة ١٩٧٤
بمحاولة لتحديد كل مجال من هذين المجالين ، ولكنهما لم ينجحا في تحديد الخط
الذي يوصل بين التخصصين لا من حيث موضوعات الدراسة ، ولا نيا يتعلق
بالاسم المنهجية . وقد رأى نومستر أن الاثروبولوجيين أكثر اهتماما
بالمريض أما السوسولوجيون فهم أكثر اهتماما بالمؤسسة الطبية . وقد
اعتقده في ذلك جاك اذ اعتبر ذلك نوعا من المغالاة .

والواقع أن وجهة نظر نومستر لينت صحيحة نظرا لان هناك مؤسسات
اهتم فيها الاثروبولوجيون بالمؤسسة الطبية أو بوحدات داخلها ودرسوها
باستخدام اساليبهم وادواتهم الخاصة . والدراسة التي قدمها مؤلف هذا

الكتاب بعنوان « أنثروبولوجى فى المنبر » فى الفصل الأخير التى توضح اهتمام الأنثروبولوجى بالمؤسسة الطبية . وهناك رأى آخر غير رأى غومستر يرى أن الاختلاف بين المجالين يكمن فى أن الأنثروبولوجيين يجسرون دراساتهم فى المناطق التى لم ينتشر فيها الطب الحديث الأمر الذى يطيع دراساتهم بطابع خاص . وأنهم يبدؤون إلى دراسة الطب البسيط والجوانب المعرفية للمسحة والمرض ، ويهتمون بالتعرف على الجوانب الثقافية للأوبئة Cultural epidemiology . ويفضلون استخدام منهج الملاحظة المشاركة فى دراسة الجماعات الصغيرة فى ثقافات أخرى غير لغاتهم ، بينما يميل السوسولوجيون إلى الاهتمام بالممارسة الطبية داخل مجتمعاتهم ، وبعلاقة الأدوار بين الأطباء والمرضى ، ويستخدمون أساليب البحث المسحية أكثر من غيرها . وإذا كان هذا الرأى غلبه الكثير من الصحة فإن الجانب الذى يجب تغييره فيه هو أن الأنثروبولوجيين الموثقين بالصحة والمرض إذ كانوا يبدؤوا عليهم بدراسة جماعات غير الجماعات التى يعيشون فيها أو إذا كانوا قد درسوا مناطق لا ينتشر فيها الطب الحديث فإن هذا الخط لا يجب الالتزام به وقد تخطى كثير من الباحثين ذلك النطاق الضيق والمحدود . مع أنه هام للدراسة وأبدؤوا يهتمون بدراسة ظواهر فى مجتمعاتهم ، بل أنهم بدأوا يهتمون بدراسة ظواهر اجتماعية متعلقة بتطبيقات الطب الحديث فى مجتمعات متحضرة . وسوف نذكر من المطالعة السريعة لثقافة الموضوعات التى تشتملها المؤلفات فى هذا التخصص امتداد اهتمام الأنثروبولوجيين إلى أكثر من دراسة الطب البدائى ، وموقعهم فى هذا يشبه تماما ، وتنسيقية الأنثروبولوجيين الذين بدأوا بدراسة المجتمعات البدائية ثم وسعوا اهتمامهم لتشمل قطاعات وظواهر فى المجتمع الحديث .

وهناك رأى ثالث يرى أن تأثير البحث بالتخصص الذى يعمل من خلال سواء كان علم الاجتماع أو الأنثروبولوجيا (هو الذى يوجهه إلى نوعيته من الدراسة دون أخرى بحيث أن ما يكتبه فى النهاية يأتى متأثرا بالمفاهيم ومحاوِر الاهتمام فى هذا التخصص . وعلى سبيل المثال فإذا كان هناك باحثان ميدانيان من كلا الفريقين قد جمعا مادة ميدانية عن طريق الملاحظة والأخباريين ، ولكن كلاهما باحثا ميدانيا مدريا تدريبيا جيدا فإن كلا منهما سوف يعتمد اعتمادا أساسيا فيما يكتبه على مشاركته الشخصية فى البيئة وعلاقة هذه المشاركة بعملية جمع المادة . ومع ذلك فإن المفاهيم الخاصة بالفريقين الإبيويين (علم الاجتماع والأنثروبولوجيا) سوف تطبع التقرير الذى سيكتبه كل منهما إلى كليته أو إلى الموثقين بالخدمة الطبية ، أو المرضى بطابع خاص يميز الواحد عن الآخر . فالباحث السوسولوجى يمكن أن يبرز فى تقريره مفاهيم موسيولوجية مثل « الدور » « والفسفوط » ، « والتدرج » ، على حين سوف يميل الأنثروبولوجى القائم بالملاحظة إلى

الاهتمام بنهايم مثل « القرابة » ، « الطقوس » ، « الطهارة والتلوث » ، والأمراض المعدية والأشياء السرية الخلصة بالولادة ، وعلى الرغم من أن وجهة النظر هذه تتضمن الكثير من الصحة والواقع ، إلا أن جاك قد انتقدها قائلا أن اهتمام الأنثروبولوجيين بالقرابة والطقوس والمعتقدات لا يرجع فقط إلى العلم الذي ينتهون إليه بقدر ما يرجع إلى خصائص وطبيعة المجتمعات التي يدرسونها .

والواقع أن الباحث في أي فرع من الفروع يتأثر ولا شك بالفترات والمفاهيم والاهتمامات الأساسية التي يعمل في ظلها كل من ينتهي إلى هذا الفرع من الدراسة ، ولكن الباحث المحقق - سواء كان ينتهي إلى علم الاجتماع و الأنثروبولوجيا لأبد وأن تؤدي رؤيته المتمثلة للواقع ، مع حرصه على أقصى حقائق الأمور ، وأعطاه الأهمية المناسبة لكل ظاهرة اجتماعية أو إجتماعية - فإنه مع تجنب التحيز لنظرية معينة أو التسلق بفكرة مسبقة يريد تدويرها على المجتمع ، كل هذا سوف يؤدي إلى باحث إلى أن يركز على الجوانب الهامة سواء كانت متبعية للتخصص الذي يعمل من خلاله أو للتخصص الآخر ، ولعل هذا ما يؤكد أهمية التعاون بين هذين الفرعين ، ويؤكد أهمية العمل كفريق إذ أن الباحث المدقق المحايد يستطيع أن ينفذ إلى العوالم المؤثرة والظواهر الفاعلة ، فهو - لأنه محقق - سوف يتنقل إلى الحالة ، ونظرا لأنه محايد وسوف يستطيع أن يعلن عن أهمية ظواهره أو حامل مؤثر حتى لو كان لا يزال موضوع اهتمام في تخصصه وحتى إذا كانت المناهج والأدوات اللازمة للدراسة غائبة عنه ومتاحة بالنسبة للتخصص الآخر ، في هذه الحالة سوف يلجأ للتخصص في الفرع الآخر ، وهذا ما يؤكد طبيعة وضرورة التعاون بين الفرعين .

والرأي الذي يجب أن يؤكد عليه - بالإشارة إلى الآراء التي تشير إلى تقارب المجالين - أن الأنثروبولوجيا الطبية هي أخت شقيقة لعلم الاجتماع الطبي بحكم انتماء كل منهما للتخصص الأكبر « علم الاجتماع العام » و الأنثروبولوجيا العامة . وأن الإسهامات التي يقدمها كل فرع منهما سوف يفيدها منها الفرع الآخر . ولذا كان من يشغلون بعلم الاجتماع أو الأنثروبولوجيا قد أدركوا أهمية الزاوية بين الفرعين (خاصة فيما يتعلق بمناهج البحث) في بحث قضايا مجتمعات كثيرة ومنها مجتمعاتنا ، فانهم سيقدرون أهمية ذلك أيضا عند تناول مشكلات وقضايا الصحة والمرض وذلك بسبب تلاحم الجوانب الاجتماعية والثقافية المؤثرة في هذه الظواهر .

ونود أن نشير أيضا إلى أن من يتخصصون في هذا الفرع سوف يجدون أنفسهم في حلقة إلى الأمامة من - وأحيانا العمل مع - متخصصين في فروع علمية أخرى - خلاف علم الاجتماع الطبي - مثل الصحة العامة ،

والامراض المتوطنة ، وقنوية المصنع المحطى ، والخدمة الاجتماعية الطبية ،
والانثروبولوجيا البيولوجية والفيزيائية . (٧) .

تفصية المنهج العلمى للبحث والخدمة الطبية :

لا يمكن أن نتقدم العلوم الاجتماعية في مجال خدمة المرضى الا من خلال
تطوير منهج ملائم لاجراء البحوث وتحديد أساليب مناسبة للاسهام في العملية
العلاجية . ومن الطبيعي أن يرتبط كل فرع علمي من الفروع التي قدمناها
في الأربعة فصول الأولى بمنهج البحث والاساليب الميدانية السائدة في
الخصم الأم ، ولكن يحتاج الأمر الى بعض التعديلات والإضافات ،
للمعالجة تستخدم كطريقة للحصول على المعلومات في البحوث وطريقة في
العلاج سوف تختلف في تصميماتها أو على الأقل تختلف أساليبها في حالة
اجراء المقابلة مع المرضى من اجرائها مع مجموعة من عمال الصناعة . وسوف
تؤدي العمليات المنهجية والإضافات الملائمة للعمل البحتي والخدمي في
المجال العلاجي الى تسهيل اجراء البحوث وضمان صحت وجدية نتائجها
كما تؤدي الى تحسين التدخل الاجتماعي في العمل العلاجي . ويلاحظ أن
اهتمام البحوث بالجوانب المنهجية سوف يؤدي الى الوضوح الى حلول
للمشكلات المنهجية التي تظهر في بحث الظواهر الطبية . وسوف نحاول هنا
أن نقدم للنهج الانثروبولوجي كمثال تدريس في السال المنهجية التي
تتخذ في البحوث الميدانية التي تجري في المرضى الذين يعانون من
الفرصة للتعرف على كيفية تقديم خدمات للمرضى أثناء جمع المادة العلمية مع
محاولة حل المشكلات المنهجية التي تنبع عن هذا الموقف .

من المعروف أن للعمل الميداني أهمية قصوى في الدراسة
الانثروبولوجية . وإذا كانت مناقشة العمل الميداني في أي فرع من فروع
الحراسات الانثروبولوجية تعتبر ضرورية ، فإن مناقشتها - ونحن نعلم
الانثروبولوجيا الطبية كمرح حديث النشأة نسبيا - تبدو أكثر أهمية نظراً
لأن موقف الانثروبولوجي يكتسب حساسية خاصة اذا ما تطرق الى -
موضوعات خاصة بالصحة أو المرض . ونظراً لان الانثروبولوجي يمكن أن
يقدم من الارشادات والتوجيهات التي ترسخ بها الكليات عن المنهج في
الانثروبولوجيا ، وخاصة ما يتعلق بالعمل الميداني ، نائنا سوف نقتصر هنا -

(٧) د. نيل صيحي هنا ، الانثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة
والمرض في مصر ، مرجع سابق ، ص ٥٧ - ٦٠ .

في هذا النطاق الضيق على مناقشة بعض مشكلات وصعوبات العمل الميداني التي تواجه من يعمل في هذا الفرع بصفة خاصة .

ولعل أولى المسائل أو المشكلات التي يمكن أن نناقشها هنا مشكلة العلاقة بين البحث وبين الضرورة التي فحتم على الأنثروبولوجي أحيانا التدخل إلى حدود معينة أي بين الجانب العلمي والجانب الأخلاقي ، كذلك مشكلة العلاقة بين الجانب العلمي والجانب العملي . وفي هذا الصدد هناك اتجاهان : اتجاه يأخذ بنبدأ عدم التدخل ، فينتظر البعض للتدخل الأنثروبولوجي في المشكلات الصحية بالإخباريين نظرة سلبية فيرونها خرقا للقانون الذي يجب أن يلتزم به الأنثروبولوجي وهو مبدأ عدم التدخل ، على حين ينظر البعض الآخر لعمليات التدخل على أنها أساليب استراتيجية لاسترضاء الإخباريين والتوصل إلى حالة المشاركة الحقيقية والمصادقة في حياتهم ، تلك التي يصعب تحقيقها حينما تكون هناك تروق بين المستوى الاقتصادي ونوعية الاهتمامات المتعلقة بالبحث وتلك المتعلقة بالإخباريين ، هذه الصعوبة تعوق عملية المشاركة لتعجز من الصعب على كل منهما أن يشارك في حياة الآخر . ومع ذلك ففي حالة الاهتمام بالجوانب الصحية يمكن تخطي هذه العقبة والتغلب عليها نظرا لأن مبدأ المشاركة يتطلب أن نتحقق إذا كانت هناك اهتمامات مشتركة بصرف النظر من كم التفاوت في جوانب أخرى ، فاهتمام بالجانب الصحي (الاهتمام بصحة الجماعة موضوع الدراسة) يمكن أن يزيل اهتماما مشتركا بين الباحثين والإخباريين . ومع ذلك بالرغم من أن الاختلاف في المستوى الاقتصادي يمكن أن يخون به بعض الآثار فإن المشاركة الصادقة في هذا المجال يمكن أن توجد أيضا . وبالفعل سجل كثير من الباحثين قدرتهم على المشاركة الحقيقية بسبب اهتمامهم الشديد الذي ظهر للناس بصورة طبيعية . وهذا يرجع إلى أن الاهتمام كان طبيعيا وليس متعللا . وقد مكثهم هذا من أن يعرفوا كل تفاصيل الموقف الذي يريدون دراسته من الإخباريين وذلك بعد أن أصبحوا ينتظرون اليوم (للأنثروبولوجيين) على أنهم أمهات يتشربون بحالاتهم الصحية . وقد سمح لبعض هؤلاء أن يدخلوا المستشفيات مع الإخباريين المرضى . وأن يستفسروا من كل شيء ذلك أنه كان ينظر للأنثروبولوجيين في المستشفيات على أنهم أولياء أمور الإخباريين . وبجانب أن هذه اللحظات كانت تتمتع بالنسبة لكل أنثروبولوجي لحظات ثمينة من وجهة النظر الإنسانية فقد سمحت للأنثروبولوجي ، كخضف خارجي ، أن يحظى بفرصة الملاحظة داخل المؤسسة نفسها من قرب يندر أن يتوفر لغيره .

على الرغم من قيمة هذه اللحظات فإن التليل من الأنثروبولوجيين هم الذين اهتموا بوصفها ، ويقول جاك أن هذا ليس غريبا ، فهذه اللحظات

هى التى يملك فيها الأنثروبولوجى من الملاحظة ويصبح شخصا يتدبجأ فى الموقف . وقد تساهل أحد الباحثين الميدانيين قائلا « ماذا يفعل الإنسان عندما يجد أن الشخص الذى يجمع منه معلومات أصبح مسدوقا ؟ أنه من الصعوبة بكان النظر الى الصديق على انه عبارة عن حالة ندرس تاريخها . وهذا يوضح أن هناك تناقضا فى الملاحظة المشاركة (برغم أنه تناقض ظاهرى وليس حقيقيا) ؛ فهناك قضية تقرر « أن الملاحظ لا يشارك ، وأن المشارك الحقيقى لا يلاحظ » ، وإذا كان ذلك يبدو لأول وهلة إلا أن بلل الباحث لظلم من الجهد الشخصى سوف يملكه بعد ذلك بفترة من وصف وتحليل لحظات المشاركة الصادقة . فبعد هذه الاوقات يمكن اجتراح الخبرة الميدانية وكتابتها فى صورة وصفه للمشاركة الصادقة وتحليل الموقف والظواهر التى توجد فيه .

رؤى تضرى «أب-الذى اسمه جاك بنوران» البحث عن السنة :
محاولتين متنازعتين لبييريرجن وتشبنيك لوصف وتطليل الانساج
والمشاركة الكاملة فى حياة الإخباريين (A) . لقد قدم كل منهما تفسيراً

(A) يقع بعض الأنثروبولوجيين فى خطأ يمكن أن نسميه خطأ التظاهر بالمشاركة أو التماس المشاركة فى الواقع . ذلك أنهم يتكلمون المشاركة . أنهم يجرونها واجباً والزاماً فى البحث الأنثروبولوجى وهذا كالم وحده . ألا يجعل المشاركة عملية طبيعية . وعلى الرغم من أن المشاركة أسلوبية فى البحث الأنثروبولوجى ، وحقيقية فى حالة الرغبة فى الحصول على معلومات معينة . إلا أن المشاركة مجرد تحقيق شرط المشاركة يظل من شأنها ويخضع من تدرج الباحث على استغلالها للحصول على معلومات . ثم أو تتحقق على أفضل نحو إذا كان لدى الباحث رغبة فى تحقيق هذه المشاركة . وينبع ذلك من تقييده للناس واحترامه لهم بها تصور أنهم نزل منه شأنًا أو كانوا مختلفين عنه وسوف يحترم الناس هذا الاتجاه ويقدرونه أما إذا كان يتظاهر بذلك فقط فسوف يذرك الناس أن مشاركته بمثابة . وإذا كان ذلك مطلوباً من أى باحث أنثروبولوجى ، فإن الباحث فى مجال الأنثروبولوجيا الطبية يحتاج - أكثر من غيره - أن يتوفر لديه هذا الاهتمام الطبيعى وهو فئس الوقت معرض - أكثر من غيره - لأن يلبس هذا الاهتمام بسبب المجال الذى يعمل فيه والذى يمكن أن يمسك فيه بعض أنواع الظلم من المرضى أو الرغبة فى الاعتماد عنهم تجنباً للإصابة بالمرض . وسوف تظل عملية للوازنة بين محاولة الباحث تجنب الإصابة بالمرض أو بالتأعب المعنوية والنفسية - وهى حقته المشروعة - وبين المشاركة المطلوبة منه واعتباره بالناس ، أمراً يحتاج الى تفكير مستمر ، وفى بعض الأحيان يحتاج الى تضحية .

تتميلها للأحداث المجزنة في التاريخ المرضي لحدث من الأحداث ، وهما لم يقصدا أن يقدما للقارئ عرضا نظريا للمشكلات الصحية القائمة فقط ، ولكنهما قصدا أن يقدمبا أيضا الاحساس العاطفي الذي يرتبط بهذه الخبرة ، الأمر الذي بدونته لا يمكن فهم المشكلات القائمة إلا مهابا تامرا ، فالائق واليأس والاحساس بهم الأمن والتدريه كلها تؤدي درأا وشبه في الحلقة المفرغة التي يدور داخلها المريض . وهذا فان بينزيرجن السنوات الأولى من ابن مساعده في البحث في زامبيا ، فبعد أن ولد ولادة عسرة ليصبح مرضا للمرض ، وقد نقل بينزيرجن مع زوجته كسل ما في وسعها ليقبى الولد حيا بسبب علاقتها مع والده . وكان عليها في بعض الأحيان أن يتقوما بدور نعال كأمطاء الطفل دواء أو لخذة الى المستشفى . وفي أحيان أخرى متبا كاتا يجدان أن الحب الشعبي أو الطقوس أو الشعائر هي الملائمة ، كان عليهما أن يتخذا موقفا سليبا مهابتا . والتقرير الذي كتبه بينزيرجن عن دراسته كان يهدف الى شيئين . الشيء الأول تقديم دراسة حالة توضح الطبيعة المعقدة لسلوك الناس الصحي ، وتحاول تحليل تصنيفاته المعقدة ، والشيء الثاني وصف موقف المبل الميداني الذي انفسح منه أهمية التضامن بين القيم الانسانية والعلمية بدلا من الصراع بينهما . لتد انفسح أن الجوانب الاخلاقية والمنهجية توجد بينهما أرض مشتركة ، وهذا ما أثبتته بحوث كثيرة .

أما تشيكتك نصف كيف عاشت التجربة وانخرطت هي وزوجها في حالة البؤس التي أدت الى مرض صبي في الثالثة عشرة من عمره كان يفهم في الحينة الهندية . وقد حالت الاختلافات الطبية مع حالة الفقر المدقع دون أن يعالج الصبي طبيا . وبمجرد أن بدأ الباحثان الميدانيان يعملان من أجله شكلت ، اولهما الحركة في المراكز الصحية للصبي زانير ، مشاركتها الإنسانية والمكثفة في حياة الناس . وقد بدأ أولا كتابة خطابات لمن يريد أن يكتب لهما خطابات ، وبمساعدة من يطردون من أمهاتهم أو منازلهم ، ومع ذلك فان الوقت الوحيد الذي تدخلانيه بنجاح كان هو حالة الصبي المريض . أما جوانب الحياة الأخرى ، وخاصة تلك المتعلقة بالمسائل السياسية والاعتبارات الطبية والفقر وعدم المساواة الاجتماعية التي كانت هي هدف وبؤرة البحث فقد تمت فيها مشاركة قريبة ولكنها لم تكن بنفس القرب الذي تم بالنسبة للمشاركة في الجوانب الصحية . وبصفة عامة أصبح التدخل والاختراط في المشكلات الصحية ذات أهمية بالنسبة لهما من الناحية العلمية والعاطفية معا .

اتفصح لنا من التقارير الميدانية التي تحدثنا عنها أن هناك ارتباطا بين الجانب العلمي وبين الجانب العاطفي في المشاركة . وإذا كان هذا

يمدق على كثير من مواقف المشاركة في الأثروبولوجيا بصفة عامة إلا أنه يمدق أكثر على موقف المشاركة في دراسة قضايا الصحة والمرض . بل أننا يمكن أن نقرر أن المشاركة الوجدانية ضرورة لكي يستطيع الباحث أن يشارك بمدق ولكي يستطيع أن يتغلب على معوقات وصعوبات العمل مع الناس في المجال المصحى وخاصة المرضى . فالانفعال بمشكلات الناس يجعل العمل معهم هوية وليس واجباً ، وهذا يقلل من الاحساس بالملل أو التعب .

ولكن يجب أن نؤكد أن التداخل بين الجانب العاطفى والأخلاقي وبين الجانب العلمى له جانب الإيجابى ، وله أيضاً جانب السلبى . وهذا ما يجب أن يعميه الباحث . والجانب الإيجابى واضح إذ أن الباحث في هذا التخصص لابد أن يكون مدفوعاً أساساً بالاحساس بوجود مشكلة يجب بحثها من أجل التوصل إلى نتائج تتعلق بالحفاظ على صحة الناس ، أو إعادتهم إلى الحالة الصحية السليمة إذا كانوا مرضى . إكاد أقول أنه بدون قوافر هذا الدافع الضرورى يصعب أن ينفعل الباحث بالموضوع ويختمد في بحثه . ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد . فالعمل مع المرضى نفسه يتطلب جانباً انفعالياً عاطفياً ، ويتطلب قرباً واحساساً بالمصاهرة التى يشمر بها المريض . هذا يساعد الباحث على أن يكون أكثر ميلاً في تحليل موقف المريض ، وعلاقته بغيره من الناس ، وأكثر تسدرة على التفكير في كيفية الاسهام في تغيير بعض معالم الموقف العلاجى (مثل أحداث تغييرات في الأدوار وطرق أدائها) بما يمدود على المريض بالنتج . بجانب هذا فإن انفعال الباحث بمشكلات المرضى ومحاولته الاسهام في حلها لا يجعل موقف الباحث موقفاً نفعياً فقط يحصل فيه على المعلومات التى يريدها ، بل يصبح الموقف موقف تبادل منفعة ، وإذا شمر المريض أن هناك من يعنى به ويبحث من مشكلاته فإن هذا سوف ينعكس - بلا شك - على إيجابيته مع الباحث ويؤدى في النهاية إلى اخراج بحث واقعى مهم .

أما الجانب السلبى - وهو الذى يجب أن نكون على حذر منه - فهو خطر أن تؤدى المشاركة الوجدانية إلى التورط في الانحياز إلى طرف من الأطراف (غالباً ما يكون التحيز إلى جانب المريض) أو اتخاذ موقف - يؤدى إلى حجب الرؤية الصحيحة لبعض المتغيرات الفاعلة في الموقف ، أو إلى أن يعتقد الباحث أن المشاركة تعنى التباكى على سوء الأحوال أو سوء التنظيم وكفى . نأذا كان الأمر يتوقف على مجرد التباكى على شخص لم يلق العلاج اللازم له ولم يعامل بطريقة إنسانية فسوف تكون مشاركتين . لكننا لسنا باحثين . وإذا تطرق بنا الحديث مع الاختياريين إلى موضوعات تتعلق بسوء التنظيم في الوحدات الصحية - أو بضعف الامكانيات أو عدم

وجودها ، وطال هذا الحديث شعرنا بالتعب واكتئبنا بمجرد النقد فانتسا نكون قد ساهمنا فقط في أن نلن الظلام ولم نحاول أن نشعل شمعاً . وإذا ساركت باحثة في المعاناة واللام التي تعاني منها مريضة بالسرطان ، وعاشت معها اللحظات الأخيرة وعاشت موتها فسيطرت عليها روح الحزن وعومتها من رؤية وتحول الموقف بهدف الخروج بتوصيات ، ينتفع بها الاحياء فانها تكون بذلك قد قدمت بحثاً مع المريضة المتوفاة . ان المعاناة والانتعال لا يمكن ان ننكرهما على الباحث ، والباحثين كاتراد مختلفين في درجة انفعالهم واندماجهم ، ولكن العقبة الاساسية هي ان يستغرق تباعاً في الموقف فيعميه هذا من رؤية الموقف ككل ومن رؤيته بطريقة صادقة . واذا كان الانفعال بالحزن مع المريض الى درجة الاستغراق يمثل عائقاً للبحث . فان التعود على الاحساس باللذة في النقد (اى نقد الأوضاع الخاطئة وتصور الخدمة والمعالجة غير الانسانية في الوحدات الصحية) يمثل أيضاً خطورة كبيرة اذ ان بعض الناس يثقلون بمجرد اجترار النقد والتندر بالمواقف والاحداث في جلسات طويلة تنقدم القدرة على رؤية الجوانب الايجابية . والتعود على النقد - اذا كان موعواً للبحث - فهو جرثومة تجهض جهد الانسان فلا تعود لديه طاقته لأن يفكر في تحسين المواقف التي ينتقدها . ويجب أن ننوه الى ان الباحث في هذا التخصص سوف يظل في حاجة في كل موقف الى ان يضع نصب عينه انه باحث بجانب انه انسان لكي يستطيع أن يعود الى الوقوف خارج الموقف بعد فترة من الاندماج في الموقف ، ولكي يستطيع أن يسمح عينه بعد الخروج من خبرة الاندماج لكي يتمكن من اعادة تقييم المواقف والادوار التي حكم عليها وتقييمها وهو داخل الموقف ، فربما تكون ميناة قد تلونت بلون آخر فمر على رؤيته للظواهر . وهذه مهمة تحتاج الى مزيد من التدريب على الدخول في الموقف والخروج منه والتأمل فيه - الخ .

والمسألة الأكثر تعقداً وأهمية بحيث يجب أن نناقشها في هذا المجال أن الأشخاص المكونين لاجتماع الدراسة أحياناً ينتظرون أن يتلقوا مساعدة طبية - من أى نوع من الاثروبولوجى طالما أنه يبحث عن الصحة والمرض . وقد ظن الناس أن الباحثين الميدانيين الذين يحملون معهم بعض الادوية أطباء . وقد ذكر أحد الباحثين الذين عملوا في الباسفيك ما يأتي « كنت أجد دائماً صعوبة في أن أشرح لهم انه على الرغم من انى (دكتور) لكننى لست طبيباً » .

وقد كان الباحثين اتجاهات مختلفة نحو هذه المسألة انعكست على سلوكهم ومشاركتهم في العمل الميدانى وسوف نشرحها ثم نعلق عليها لى

يتضح المنهج الذي يجب أن يسير عليه الأنثروبولوجي فيما يتعلق بهذه المسألة . فقد حمل بعض الأنثروبولوجيين الاسماء الطبية والادوية الى مجتمع الدراسة ، بل أن منهم من برز وجوده في قرية الدراسة عن طريق المساعدة الطبية التي كان قادرا على تقديمها . وعلى الرغم من أن هذا الباحث قد شعر هو وزوجته أن الناس قد أرحموا واستغلوا الى أقصى حد إلا أنها أوضحت كيف استطاعا أن يشاركا مشاركة كاملة في المشكلات الصحية الخاصة بصبي هندي ، وقد كان مبدلون (Midditon) يقدم خلال فترة عمله الميداني في أوغندا سنة ١٩٧٠ الادوية من الساعة للسابعة حتى الساعة الثامنة كل صباح . أما بوهنان (Bohnan) وزميله فقد كانا يقدموا الادوية والعلاج في أوقات محددة في أثناء النهار وعندما حدثا الاند (Atland) . عن دراسته الميدانية التي أجراها في ساحل العاج ذكر أنه قضى وقتا طويلا من فترة العمل الميداني يقدم الاسماء الطبية ، وخاصة لعلاج الاطفال من الأمراض المتوطنة المنتشرة في البيئة .

ويوجد فريق آخر من الأنثروبولوجيين لم تكن لديهم رغبة في تقديم مساعدات طبية ، ولكنهم شعروا منها أنهم يجب أن يقدموا شيئا في مقابل المعلومات التي يأخذونها من الناس ، تقدموا مساعدات أخرى تشبه الخدمات البسيطة التي يؤديها الأنثروبولوجي لمجتمع الدراسة مثل توصيل الناس بسيارته الى الأماكن التي يودون الذهاب اليها ، وتقديم الهدايا ، وأخذ مسودات فوتوغرافية وتقديمها اليهم . أو استخدام الأنثروبولوجي لتفويده واتصاله للوسيلة للخبراء لدى الجهات الحكومية وغيرها .

أما الفريق الثالث فقد اتبع أسلوبا مختلفا ، وهو الاكتفاء بالاسهام في المشكلات الصحية « من الخارج » . بمعنى أن يقدم الأنثروبولوجي خدمات تؤدي في النهاية الى تحسين صحتهم أو تغلبهم على معوقات وصول الخدمات الصحية اليهم بدون أن يتدخل الأنثروبولوجي في عملية العلاج . وهناك العديد من الأمثلة لهؤلاء الذين حاولوا توفير وسيلة مواصلات لتوصيل الناس الى المستشفى . والبعض منهم ضحى تضحية كبيرة في ذلك . فقد أدى الخدمة بطريقة مضحكة لم يسبق لغيره أن فعل مثلها . ونفس الاند الذي ذكرنا أنه تدم بعض الاسماء الطبية - حاول هو الآخر أخذ المرضى ثوبى المصالحات الحادة الى المستشفى . غير أن التراث المسجل عن أعمال الأنثروبولوجيين في المجال الطبي يوضح لنا فشل بعضهم - خاصة في المجتمعات التقليدية عن تقديم الخدمة « من الخارج » فقد سجل البعض فشلهم في التدخل لانتاع الناس بالذهاب الى المستشفى ، فذكرت لورا بهنان ميلار كيف أنها شاهدت موت إحدى السيدات التي كانت عزيزة جدا عليها ، ولم تقدر أن تعمل أي شيء تساعد بها .

وكانت المشكلة هي النة في الطب التقليدي . ولكن عندما اشتد المرض وبلغ بالسيدة مرحلة حرجة حاولت لورا أن تشجع أثارها على أن يسحقوا لها بالذهاب الى المستشفى ولكن ذهب جهدها سدى ، وماتت السيدة .

وهناك فريق رابع تلقى تدريباً طبياً لكنه من أن يقدم الخبرة الطبية وهو واقف على أرض محلية وفي نفس الوقت يجرى دراسة أنثروبولوجية . من بين هؤلاء جولد الذي تلقى بعض التدريب الطبي قبل أن يصبح أنثروبولوجياً ، فقد أصبح طبيباً معروفاً في المجتمع المحلي الهندي الذي أجرى فيه دراساته الميدانية ، وفضل كثير من الناس أن يلجأوا إليه عن أن يلجأوا الى الأطباء الرسميين وذلك بسبب شدة اهتمامه الشخصي بهم . وقد طلب منه بعضهم أن يأخذهم بنفسه الى أطباء يعرفهم شخصياً . وقد استطاع لويس (Lelwis) أن يؤسس سنة ١٩٥٥ مركزاً طبياً مع طبيب آخر . أما فانبرجن (Van Binsbergen) فقد شجع الناس على جمع المال اللازم لاتباع قيادة طبية في المنطقة التي يصل فيها (١) .

والواقع أنه يجب على الباحث في هذا المجال أن يتحلى صلباً من تقديم أى علاج إن لم يكن قد تلقى تدريباً رسمياً ويحمل مؤهلاً طبياً أيما كان . فمحاولة الطلوع بتقديم الدواء أو العلاج بدون خبرة أو ترخيص تعنى ارتكاب مخالفة أخلاقية وقانونية ، ويمكن أن يكون لها تأثير خطير بعيد المدى على من يقدم لهم العلاج . ولهذا يجب أن يوضع البادئ الميداني الأساس الذي عليه الأطباء الطبيين في العمل . في هذا المجال ، يمكن أن يسهل ذلك بأنواع الخدمات التي لها علاقة بالذهاب الى الطبيب مثل التمرين في المشي ، وتعليمه كيفية ارتداء الملابس الطبية . وهذا هو الهدف من هذا الميدان في بحوث سابقة .

ومن الصعوبات التي تواجه الأنثروبولوجي في هذا المجال نقص الخبرة والمعلومات الضرورية لتحقيق الفهم الصحيح للظواهر التي يصادفون في الأنثروبولوجيا معهم - إن لم يكن كلهم - لم تلقوا تدريباً طبياً . وليست لديهم معلومات كافية عن مسائل الصحة والمرض . لهذا تمترس من يطور منهم الى هذا المجال لصعوبة في فهم بعض الظواهر والمفاهيم والمصطلحات . وهذا ناتج عن أن التخصص له وجهان وهما

(٢). Sjaak van der Geest & Klass W. van der veen. In Search for Health. Anthropologisch, Sociologische Centrum. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1979, pp. 5-9.

وجهمان لعبة واحدة ، وجه اجتماعى اثنائى - وهذا لا توجد مشكلة بخصومه طالما أن معظم من يعملون فى هذا التخصص لهم خلفية فى الأنثروبولوجيا الاجتماعية أو الثقافية - ووجه طبى يرتبط بالثراث الطبى الزاخر بالدراسات والأبحاث التى يصعب على من لم يتخصص فى هذا المجال أن يفهمها أو يالفها ، بل يتطلب الأمر تدريباً أو يتطلب فترة ينفى أن يحصل عليها الفرد على بعض المعلومات التى تنبئ به فهم الظواهر التى يدرسها . وبناء على ذلك فإن هناك ضرورة لأن يكرس كل من يتخصص فى هذا الفرع من الاجتماعيين والمشتغلين بالدراسات الانسانية وقتاً لكى يتعلم أساسيات ربما تدرس فى كليات الطب أو المعاهد الصحية شأنه فى ذلك شأن التخصص فى الأنثروبولوجيا اللغوية الذى يحتاج الى حد أدنى من المعلومات عن التشريح لكى يستطيع أن يمارس عمله بكفاءة . وعلى ذلك يجب أن تتاح الفرصة لهؤلاء للانتظام ولو كمستمعين لبرامج دراسية تقدم فى كليات ومعاهد طبية . وسوف يختلف البرنامج المناسب لباحث من البرنامج المناسب لباحث آخر بحسب الموضوع الذى يهتم به كل باحث .

ونرجع ضرورة هذا التأهيل أيضا الى أن هناك مناهج أحيانا تستخدم فى هذا التخصص مستعارة من المجال الطبى . ولابد للباحث أن يتعرف على معنى المصطلح واستخدامه فى العلم الأم . وعلى سبيل المثال استخدم مفهوم Cultural epidemiology فى أحد كتب الأنثروبولوجيا الطبية . وإذا كانت كلمة Culture هى كلمة مستعارة من مجال الطب وتعنى « علم الأوبئة » ويلزم للأنثروبولوجى نك ينفهم معنى هذا الاصطلاح وما يعنيه أن تكون لديه فكرة عن بعض المصطلحات الطبية وما تعنيه .

ولتأخذ بنالا آخر لأهمية الدراسة بالمناهج والمصطلحات السائدة فى المجال الطبى وهو ما يتعلق بتلك المصطلحات المستخدمة داخل المؤسسات الطبية . ففى مجتمعنا الأمري مازال التعليم الطبى باللغة الإنجليزية . ومازالت هذه اللغة هى لغة التخاطب داخل المؤسسة الطبية نيبا يتعلق بالتخاطب المهنى بالذات . وإذا كانت هذه هى لغة الأطباء فإن المرضى أيضا - وخاصة خريجات المعاهد العليا للتبريض - يتعاملن بنفس المصطلحات . فإذا كان هناك أنثروبولوجى يدرس ظواهر داخل مستشفى ، فى غير أو فى حجرة عمليات ، فى الاستقبال فإنه يحتاج أن يعرف مصطلحات الأشياء بنفس اللغة التى يستخدمونها . وعلى سبيل المثال فإنهم يطلقون الحرفين OR على حجرة العمليات (اختصار الكلمتين Operation Room ، نعتبدا يتحدث اليه طبيب أو ممرضة نسوف يستخدم هذين الحرفين ، ويجب أن يفهم الباحث ماذا يقصد من يكلبه لأنه اذا حاول أن

يتساءل من معنى كل كلمة تقال له فان ذلك سيؤدي الى ملل من يتحدثون اليه .

وترجع أهمية وجود خلفية طبية عند الباحث الى أن نقص المعلومات الطبية الصحيحة يمكن أن يؤدي به الى أن يسيء فهم المواقف والظواهر ، وبالتالي سينسب تفسيرات خاطئة ، بل يمكن أن يستمع شكوى تتعلق بتفسير المرضى لظواهر تتمثل بسوء صحتهم على أنه ناتج من سوء الخدمة الطبية وهي في الواقع تكون ناتجة عن عوامل أخرى ليست للباحث دراية بها . ليس معنى هذا أنه يجب أن يصبح الباحث عالماً في الطب ، ولكن هذا أدنى من المعلومات ضروري لإجراء بحثه خاصة في المجال من المواد سوى الذي يبحث فيه . وسوف نظل ندرة الباحث على التحليل والتفسير فسيكون ظاهراً أنه فائد لهذا الجانب ، بل أن مشاهداته يمكن أن تتأثر من ذلك . ربما إذا لم يتوافر عند التأهيل فسوف تظهر في هذا المجال بعض مسطحية ، أو قاصرة من أن تتعد بغيرها الى مزيد من تحليل الجوانب الطبية الاجتماعية . والأمر يحتاج الى عملية تكريس وتعلم في هذا البحث ويبدل الجوهر ويقضي الوقت لكي يتمكن أن يفسر ويحل ويبدى الرأي .

أما المشكلة الأخيرة التي نناقشها هنا فهي مشكلة تطلق بطرود العمل . فالأنثروبولوجيين الذين يجرون دراساتهم الميدانية في مناطق نائية لا تتوفر فيها الخدمات الصحية ، أو تعجز الخدمات الموجودة بالعمل فيها عن الوصول اليهم بسبب عوائق جغرافية أو بسبب عوائق خاصة بوسائل المواصلات ، أو حينما تتأخر عملية أسعائهم ، أو حينما لا تفي الإكائيات والخبرات الطبية الموجودة في هذه الأماكن — وهذا هو الحال دائماً — عن أن تسهم بسرعة في أسعاف الحالات الطارئة خاصة في حالة الأمراض الحادة والطارئة أو التي تتطلب رعاية طبية خاصة ، في هذه الحالة غالباً ما يصبح الأنثروبولوجي في مأزق خاصة فيما يتعلق بتعطيل عمله الميداني (١) . ولهذا تمثل الأهمية بالمرض تعدياً له ، ويحدث ذلك بسبب

(١) لوحظ في بعض التقارير الأنثروبولوجية أن الباحثين يحرصون على ذكر ما أصابهم ، من أمراض ، وما تحلوه من مناعب ومن معاناة . ويتضح من بعض هذه التقارير أن الباحث كتب ذلك من قبيل المباهاة بما تحله في سبيل البحث من مناعب أو المباهاة بصبره . والواقع أننا يجب أن نبتعد عن ذلك تماماً ، فالدراسة الجادة القوية تشهد لنفسها بفوق حاجة من صاحبها أن يشرح ما تحله من معاناة . وعلى ذلك فخبرات المرض وغيرها =

عوامل كثيرة منها انهم يذهبون ويعيشون في بيئات لم يتعودوا عليها لهذا تواجههم مشكلات تتعلق بالمناخ والغذاء والصحة والاقامة . واذا كانت الامصابة بالمرض تعتبر تحديا للأنثروبولوجيين فان مجرد تفكيرهم في احتمال الامصابة بالمرض ، بجانب القلق الذي يعيشون فيه بسبب سيطرة هذه الفكرة عليهم يؤثر تأثيرا سلبيا على حالتهم الصحية . أما احتمال العدوى فهو خطر قائم ، فالعدوى يمكن أن تنتقل اليهم بسبب أن الأشخاص المرضى مادة ما يطلبون مساعدتهم . وقد أدت الامصابة بالمرض الى أن كثيرا من الباحثين الميدانيين لم يتمكنوا من استكمال دراساتهم الميدانية بسبب المرض ، وتوضح ذلك التقارير التي كتبها كل من هولمبيرج Holmberg سنة ١٩٦٩ ، وويتين Whitten سنة ١٩٧٠ ، وماكس ويل Maxwell سنة ١٩٧٠ عن دراساتهم الميدانية . كما أوضح فان بينزبرجن Van Binsbergen كيف سبب له المرض مشكلة حرجية في فترة البحث الميداني في زامبيا ، وكيف كانت له آثاره المحزنة عليه وعلى الأشخاص موضوع الدراسة على السواء . غير أن بلحا - آخر ذكر ابنه برغم تعويق المرض لاستمرار البحث الانثروجرافي الذي كان يقوم به - فان ما حكا له الاخباريون في أثناء فترة مرضه لغرض تسليته وهو في محتته ضمن الكثير من المعلومات المفيدة . وقد لاحظ بصفة عامة أن الناس كانوا أكثر مسيرا وأكثر استعدادا لاجابة أسئلة وهو مريض عما هو الحال حينما كان صحيحا (١١) .

تضية التخصص الأكاديمي والممارسة العملية :

التضية الجديرة بالاهتمام هي قضية العلاقة بين العلم والممارسة أو بعبارة أخرى العلاقة بين التخصص الأكاديمي وبين العمل في المجالات العلاجية . وعندما نبحث هذه العلاقة فاننا نتطرق الى موضوعات عديدة مثل اجراء البحوث والدراسات المتخصصة واعداد الأكاديميين في التخصص ثم المشاركة في العملية العلاجية وتدريب من يشاركون في هذه العملية . فكل نوع علمي من النروع السابقة هو مجال لاجراء البحوث المتخصصة وهو في نفس الوقت يقدم مادة للممارسة أو يقدم طرق هذه للممارسة . فالبحوث على سبيل المثال تقدم مادة لمن يقوم بتدريس التخصص ومادة أيضا للممارسة . ويحتاج

١١ يجب ألا تكون إلا اذا كانت كتابتها ذات مغزى بالنسبة للبحث نفسه ، وذات مائدة بالنسبة للقارئ .

(١١) د. نبيل صبحي جنا ، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر ٤ مرجع سابق ، ص ٦١ - ٧١ .

نمو هذه العلوم وتطور الافادة منها الى تقوية العلاقات بين الاكاديمي المتخصص في العلم وبين الممارس ومن يقوم بتعلم وتدريب الممارس .

ومن المتوقع أن تنشأ مسائل ومشكلات عديدة من اتساع نطاق التخصص والممارسة . وقد برزت نروخ علمية أخرى بنفس هذه المرحطة يمكن أن نطلقها على نفس طابع المشكلات والمسائل التي ترتبط بهذه الممارسة . ولعل المناقشة التي أوردتها ديفيد شاكو D. Shakow لطبيعة المشكلات التي واجهت علم النفس الكلينيكي يمكن أن تلقى الضوء على ما تواجهه العلوم الاجتماعية أثناء عملية نموها واتساعها . ولقد أكد ديفيد أن نمو العلم واتساعه وتنوعه الى علم وممارسة يواجه عقبات يمكن التغلب عليها اذا احسن العلم اختيار من يتخصصون في دراسته بحيث يتم الامتداد والتدريب الجيد بطريقة شاملة للمتخصصين تعتمد عن شيق الألق وتتم بالحصول على مزيد من الخبرات . ويتطلب الأمر أن يبقى الدارس شغيف الاتصال بخلفيته العلمية ، وأن يحدد الأهداف البعيدة ويعمل على إنجاز الحاجات السريعة ، وأن يبقى حريصا على أهمية النظرية والتطبيق ، وأن يظل جادا ولكن متواضعا في مواجهة المشكلات المعقدة أكثر منه فخورا ومتظاهرا بقدراته . وباختصار فإن مستقبل هذه العلوم سوف يصبح مضمونا اذا تم اختيار الأشخاص بعناية وتم تدريبهم تدريباً جيداً (١٢) كذلك يتوقف أيضاً نمو هذه العلوم وتطورها على دراسة مختلف الجوانب المتعلقة بالظاهرة الطبية . والملاحظ الآن أنه على الرغم من تطرق العلوم الاجتماعية الى بحث موضوعات عديدة . نسوف يجد القارئ أن هناك ندرة في دراسة بعض الموضوعات مثل دراسة آليات العمليات العلاج المختلفة . فمن العجيب أن دراسات التوزيع الاجتماعي للصحة والمرض تعتبر دراسات مكثفة ولكن أي من العلوم الاجتماعية لم يطرق الى التحليل المنظم لتأثير نوع معين من أنواع العلاج على المرضى أو على صحتهم . ولا يمكن تبرير هذا النقص طامسا أن نفس الطرق والأدوات التي استخدمت في دراسة موضوعات أخرى يمكن استخدامها بسهولة في تحليل عملية العناية بالمرضى . وربما يرجع هذا النقص الى أن الباحثين قد اعتبروا أنهم يدرسون أسباب المرض أكثر من دراستهم مرحلة حدوث المرض وصولا الى حالة الشفاء . والمطلوب الآن الاهتمام بتقويم طرق العلاج من جوانب اجتماعية بحيث تتكامل مع ما يقوم به الطبيب المعالج من عمليات تقويم (١٣) .

(12) David Shakow, Clinical Psychology, Encyclopedia of Social Sciences, Op. Cit., p. 518.

(13) Harvy Branner, Op. Cit., pp. 21. 22.

لما من حيث الممارسة فإن تقدم هذه العلوم في ميدان العمل العلاجي وبرز دورها يتوقف أيضا على اختيار ممارسين يتميزون بسمات خاصة مثل الجدية والاهتمام بالجمال ثم الاستعداد للتعليم الذاتي ومحاولة الامتداد من الخبرات ، هذا بجانب القدرة على اختيار المنهج الملائم في بحث المشكلات . ويجب أن نلاحظ في الممارسة أن كل علم من هذه العلوم يمكن أن يكون أكثر تركيزا على جانب دون آخر ، ولهذا فالممارس يجب أن يميّز إلى أي من هذه العلوم يجب أن يلجأ عندما يحتاج أن يتعلم ، وعلى سبيل المثال فإن علم النفس أكثر تركيزا على الفرد ، وعلم الاجتماع أكثر تركيزا على المجتمع . ومع ذلك فإن الخاصة بها هو متداول في العلوم الأربعة يعتبر ضروريا بالنسبة لكل من يمارس العمل الاجتماعي أو السلوكي خاصة وإن هناك مناطق تتداخل كما سبقنا . ونلاحظ أيضا أن الممارسة بدورها يمكن أن تدعم البحوث وتسهم في تقدم التخصص الأكاديمي . فإذا كان الممارس الذي يعمل مع المريض كعقد سواء في علاج نفسي أو خدمة اجتماعية فردية أو كان يعمل مع جماعات أو مجتمعات محلية فإن اهتمامه بتسجيل ملاحظاته وتسجيل الحالات التي يدرسها تسجيلا علميا يمكن أن يثرى التراث العلمي للتخصص .

التفصيل السادس

تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية في كليات الطب

ما زال التعليم الطبي حتى وقتنا الحاضر يركز على تعليم الطلبة كيف يواجهون الحالات المرضية التي تهدد الحياة أو تسبب الألم للإنسان . فهناك معلومات ودراسات عديدة تتعلق بهذه الحالات وتقدم تفسيراً لحدوثها وتعمل على تشخيصها وعلاجها أو الوقاية منها . وقد تراكمت هذه الدراسات من البحوث المعملية والأكاديمية . وكان لابد للطلبة أيضاً أن يعرفوا شيئاً من العلوم الأساسية التي ترتبط بها هذه التجارب . والواقع أن الطبيب حينما يريد أن يتخصص فانه يجد أيضاً معلومات وفيرة في كل تخصص ، فهناك وفرة من المعرفة في مجال الحالات المرضية ودراساتها ، وربما هذا هو السبب المنطقي وراء اسحواز مثل هذا النوع من المعرفة على المناهج التي تدرس في كليات الطب (١) .

ولكن بدت هناك ملامح لتغير هذا الوضع في السنوات الأخيرة ، فقد ظهرت الحاجة الى أن تتقدم العلوم الاجتماعية الى مجال التدريس في كليات الطب ومعاهد التمريض . وبدأت تدور في الساحة الطبية مناقشات عديدة حول أهمية أساليب العلوم الاجتماعية في التكوين العلمي لمطالب الطب . وبدأت بالفعل بعض المحاولات المعملية لتحقيق هذه الفكرة . واذ قد خصصنا هذا البصير لمناقشة هذا الموضوع الهام من جوانبه المختلفة فسوف نحاول أن نوضح فيه مدى أهمية اندماج العلوم الاجتماعية في مناهج كليات الطب ، والآراء المختلفة في هذا الشأن ، كما سنحاول تقديم بعض الأساليب التي تذلل من الصعوبات التي تعترض تنفيذ هذه الأفكار .

لقد كانت هناك ضرورات دعت الى الاهتمام بأهمية اندماج العلوم الاجتماعية في مناهج كليات الطب . ولعل أول هذه الضرورات هو ادراك

(1) Margot Fefferys, Does Medicine need Sociology, in David Tuckett, Op. Cit., p. 40.

الحاجة الى أن ينهم الطبيب نفسه أولا ، ثم أن ينهم الفرد الذى يتعامل معه والمجتمع الذى يوجد به . ومن الطبيعى أن العلوم الطبية لا يمكنها أن تقدم هذه المعرفة بل يمكن أن تقدمها العلوم الاجتماعية والانسانية بصفة عامة مثل علم الاجتماع وعلم النفس و . . . الخ . وابتد للوعى ايضا الى ادراك ان سلوك أعضاء هيئة التدريس فى كليات الطب وسلوك الطلبة أثناء عملية التعليم الطبى والطرق التى يدرسون بها للطلبة والوسائل والمعدات مع الطلبة ومع المرضى تحتاج الى تحسين فى الأداء ، ويحتاج التحسين الى متخصصين فى العلوم السابق الإشارة اليها . كذلك فان التطور الذى حدث فى مجال التخصصات الطبية بصفة عامة أصبح يجد المتخصص فى دائرة ضيقة من المعرفة وينبذه تماما من مجالات معرفية أخرى يمكن أن تعمق من نظره الى الواقع وتحسن من أدائه الاجتماعى . فلم يعد غفنا اليوم الطبيب يدرس الفلسفة أو من يجمع بين الطب وعلوم أخرى مثلا كان فى الماضى . فالوقت لا يتسع الى أكثر من التخصص فى مجال ضيق جدا يتطلع كل وقت . وما دام الطبيب يحتاج الى فهم المريض ويمتلكه فلا بد أن تضاف اليه الخزائىات العلمية التى تعرفه بهذه الجوانب ، وهذه الجزئيات تقدمها العلوم الاجتماعية .

لقد أدى أيضا تغير الأوضاع الاجتماعية والحضارية وتغير أنماط الصحة والمرض الى يصبح عمل الطب ليس قاصرا اليوم على ما يهدد حياة الناس بل أصبح عليه أيضا أن يواجه الظروف التى تمنع الناس من إنجاز أنشطتهم ومن تنمية القدرات العقلية والجسمية وتضمنهم من تحقيق أحساس داخلى بمعنى الحياة التى يعيشونها . وبينما لا يمكن لأحد أن يقول أن الأطباء وخدمهم هم الذين يجب أن يقتنوا للناس ما يواجهون به هذه الحاجات فان الناس ينتظرون من الأطباء أن يشاركوا بالجزء الأكبر من الجهد فى مواجهة هذه المشكلات . وهذا ما يواجهه المتخصص فى مجال الطب الآن . والمسئلة تصبح هل يظل الطبيب مرتبطا بالتقاليد الطبية التى تركز على المرض المعضوى فقط أم عليه أن يتخصص أيضا فى العلوم الاجتماعية والسلوكية التى تزوده بالمزينة الخاصة بالجوانب الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالأسباب والأمراض أو بمراحل علاجها .

وسوف نفترض أن الطبيب هو الشخص الوحيد الموكول اليه عملية علاج المرض المعضوى وأنه سوف يسمح لغيره من المتخصصين غير الأطباء مثل الاختصاصيين الاجتماعيين والسيكولوجيين الاكلينيكين بالقيام بدورهم فى تشخيص وعلاج الأمراض غير المعضوية . فهو فى هذه الحالة سوف يحتاج أن يعمل على قدم المساواة مع جماعات مهنية أخرى . ويلاحظ أن الخط الفاصل بين ما هو معضوى وبين ما هو نفسى أو اجتماعى ليس ملحوظا

بالنسبة لمعظم المرضى الذين تدفعهم لمرضهم العضوية الى اللجوء الى الأطباء الذين اربطوا بهم عاطفيا وانبروا بهم اجتماعيا . ولكن اذا افترضنا أن الأطباء قد أصروا على أن دورهم يقتصر فقط في علاج الأمراض الجسدية فهم سيظلوا في حاجة الى فهم السلوك الانساني وفهم كيف يستتر أو يتغير بفعل الضغوط الاجتماعية البيئية لكي يتمكنوا من العمل بنجاح بطريقة الفريق مع هؤلاء الذين يعملون في مجال الأمراض الاجتماعية والنفسية ، فهم سيظلوا في حاجة الى أن يعرفوا كيف يماثلوا مرضاهم باتصى درجة من الفهم و مراعاة الجوانب الانسانية .

ويمكن أن يرى بعض الأطباء أنهم قد اكتسبوا معرفة الجوانب الاجتماعية والنفسية أثناء ممارسة الطب عن طريق الخبرة ومن خلال ملاحظتهم لمرضاهم وليس عن طريق التعلم الرسمي للعلوم الاجتماعية والسلوكية . ولكن هناك أدلة كافية تشجع الى أن غياب المصرفة الذاتية المنظمة المتعلقة بيهارات التعامل الشخصي واستبعاد تعلّمها على المدى الطويل سوف يؤدي الى التوهين من هذه المهارات لدى الفرد بعكس ما اذا تسلم بهذه المعرفة . وهناك دراسات عديدة أثبتت ذلك نذكر منها على سبيل المثال الدراسات التي أجريت في أمريكا وإنجلترا وأكدت أن الأطباء يفشلون في الحصول على معلومات صحيحة من مرضاهم كما يصعب عليهم معالجتهم بطريقة عاطفية متدرة لوفهم الأمر الذي يؤدي الى تناقص كفاءة الخدمات التي يقدمونها اليهم عما يمكن أن تكون عليه . وقد أظهرت دراسات أخرى أن عدم تفهم طبيعة ونوعية الضغوط الاجتماعية التي تواجه من يعملون في مهنة الطب يؤدي الى إحباط يؤثر على الكفاءة الوظيفية للأطباء والمرضات . وباختصار فإن انخفاض كفاءة أداء بعض الأطباء يشير الى أن طالب الطب لابد أن يتعرض لدراسة منظمة للمفاهيم الخامسة في العلوم الاجتماعية والسلوكية .

ولذا كان يمكن أن نسلّم بالفرض الواقعي الذي ذكرناه من قبل ويشير الى الطبيب لا يجب أن يقتصر عمله على مجرد النظر الى مظاهر المرض العضوية منفصلا عن الأبعاد الاجتماعية والبيئية التي ترتبط به فلا بد أن نصر على أنه يجب أن يكون على وعي وكيف تؤثر البيئة الاجتماعية والعلاقات بين الشخص ومن يرتبطون به بيولوجيا في ظهور بعض الحالات المرضية وفي استجاباته ومحاولاته التغلب على هذه الحالات . وتتراكم لدينا الآن أدلة عديدة تؤكد أن البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الانسان تعتبر أحد المكونات المسببة لوجود معظم الأمراض التي تعرض على الأطباء وأن نتائج العلاج تتوقف على مدى اسهام البيئة بتقديم إمكانيات الشفاء . ولهذا فحتى هذا الجراح والذي سيؤخذ قرارا بزرع كلية لمرضى يمكن أن يقوم بدور اجتماعي أكثر قيمة اذا كانت لديه معرفة عن العلاقات الاجتماعية الأقوى تأثيرا على

الحالة المسجحة للمريض وعلى سلوكه الصحيح . وبالمثل فان الممارس العلم سوف يجد نفسه محوفا تماما اذا لم تتوفر لديه هذه المعرفة . وسوف يصبح ايضا الأطباء الفلاسوف ومن يقومون بالرعاية الطبية للمسنين وغيرهم من الأطباء المتخصصين في المستقبل غير قادرين على أداء عملهم في المستقبل اذا لم تتوفر لديهم معلومات كافية عن التغيرات في الهنداء البيوجرفاء وانماط الأمراض (٢) .

لقد أدى هذا الإدراك الواعى من يعملون في مجال الطب وفي مجال العلوم الاجتماعية على السواء الى أن يقوموا بمحاولات عديدة لتحقيق هذا المطالب ، وكانت بعض هذه المحاولات محدودة وغير رسمية وكان بعضها الآخر متسع النطاق ويتصف بالرسمية . فقد دارت مناقشات بين كبار الأطباء من أعضاء هيئة التدريس تؤكد ضرورة الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والنفسية ، ولتلقى البعض منهم من يدرسون هذه المواد في أقسام الاجتماع وعلم النفس في شكل جلسات للمناقشة بهدف التعرف على ما يمكن أن تسهم به العلوم الاجتماعية في التاهيل الطبى لطالب الطب . وبدأ البعض يقرأ كتب علم الاجتماع والأنثروبولوجيا وعلم النفس وغيرها من العلوم للتعرف على ما يمكن أن يوجد بها وينفذ في عملية تدريس طلبة الطب . ومن هؤلاء من أراد أن يقوم بتدريسها بنفسه لطلبة الطب ، ومنهم من أراد يعمل على تحسين أدواته الشخصى مع طلبته (تحسين عملية التدريس) أو مع مرضاه أثناء قيامه بمعالجهم . ومنهم من كان التجائه الى هذه النوعية من المعرفة استجابة للتأثير الحديث الذى بدأ يسرى في الأجال الطبى . وما يمكن أن يقال أن هناك مجموعة ظهرت الاهتمام بهذا الجانب واجتهدت كل مجموعة بإخلاص للتفكر ولكن من منطلق خيائها الخاصة .

وقد كانت الندوات والمؤتمرات واللقاءات وحلقت المناقشة حول هذا الموضوع تبذل الشكل الجامعى الجاد لتعزيز هذا الاتجاه . وقد عقدت ندوات عديدة كان موضوعها كلها — وإن اختلفت اختلافا طفيفا في المسى — يدور حول تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية في كليات الطب ، بما يتضمنه ذلك من مادة علمية وطرق تدريس ومشكلات . وسوف نشير هنا في إطار هذا النطاق الضيق الى ندوة واحدة من هذه الندوات . وهى الندوة التى عقدت في مدينة الاسماعيلية من ١٦ — ١٨ مايو ١٩٨٤ ، وكان موضوعها « تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية في مناهج كليات الطب » (٣) . وقد تمسدد هدف الندوة في التعرف على آراء أساتذة كليات الطب في تدريس العلوم

(٢) المرجع السابق ص ٤٠ — ٤٣ .

(٣) شارك المؤلف في أعمال هذه الندوة عن الجانب الاجتماعى .

الاجتماعية والسلوكية في كلياتهم في محاولة للوصول الى تحديد للواد التي يمكن تدريسها والاساليب للملائمة لذلك خبصة وانه قد اتضح أن هناك صعوبات في اختيار الموضوعات أو اختيار من يدرسها عندما بدأت بعض الجامعات محاولة تدريسها كما ستشير فيها بعد . وتعتبر هذه الندوة جزءا من الدراسة التي قامت بها الهيئة الصحية العالمية - المكتب الاطلي لشرق البحر الأبيض المتوسط - بالتعاون مع وزارة الصحة في مصر وتهدف الى التعرف على ما يتم تدريسه بالفعل ومحاولة تنقيبه . وضمت هذه الندوة عددا كبيرا من الاعباء أعضاء هيئة التدريس وبعض الاجتماعيين . وقد كان الاهتمام الطبي كمنصر أساسي في الندوة راجعا الى الاعتقاد بأن أصحاب القضية هم أحق من يناقشها . فاعضاء هيئة التدريس في كليات الطب هم أصحاب القضية وهم في موقع المسؤولية بالنسبة لطلبة الطب . وقد اتضح من هذه الندوة أن البرامج التي تدرس في الكليات المختلفة متباينة من حيث المسادة واسلوب تدريسها . والحقيقة أن هذه الندوات أثارت مناقشات مفيدة كما أدت الى زيادة الاهتمام بالنسبة لمن كانوا أقل اهتماما قبل حضورهم للندوة . بالإضافة الى أنها عززت أعضاء كل كلية بالجهود التي تبذل في الكليات الأخرى في نفس المجال .

ولعل أبرز اهتمام اتخذ الشكل الرسمي والتنفيذي في نفس الوقت هو ذلك القرار الذي صدر وينص على تدريس العلوم الاجتماعية والسلوكية في كليات الطب . وبناء على ذلك بدأت كل كلية تكون برنامجا دراسيا الذي اختلف عن برنامج الكليات الأخرى كما سبق وذكرنا . فبعض كليات الطب أعدت مقررا في علم الاجتماع وبعضها الآخر مقررا في علم النفس أو الأنثروبولوجيا أو ما أسماه السلوكيات (٤) . على أن الوسى يكيفية اسهام كل فرع من العلوم الاجتماعية في مجال العملية التعليمية مازال يحتاج الى تعميق ودراسة . وعلى الرغم من الإدراك الحالي لضرورة تدريس هذه العلوم في كليات الطب ، وعلى الرغم من انتشار مفاهيم عديدة تشير الى التكافؤ بين الطب والاجتماع مثل « الطب الشمولي » و « الطب الاجتماعي » و « الطب والبيئة » و « الطب التمسجسي » و « الطب الوقائي » ... الخ . فإن هناك صعوبة الجمع بين هذه التخصصات وإيجاد المكان اللازم لعلوم الاجتماعية داخل كليات الطب ، وقد تمت الإشارة الى

(٤) أنظر تفاصيل عن موضوعات هذه البرامج بالنسبة لكليات طب جامعة عين شمس وملحقا وقناة السويس في تقرير ندوة تدريس العلوم الاجتماعية ، مجموعة ميثاق الاسترشادية : الاسماعيلية سنة ١٩٨٤ ، ص ١ - ١٢ .

هذه الصعوبات منذ وقت مبكر حينما كان يحاول بعض الكتاب الإشارة الى دور الأنثروبولوجيا في ميدان الطب . وقد ذكر أنه من الصعب تحديد دور الأنثروبولوجيا التطبيقية في مجال الطب . وإذا كان من تخصصوا في الأنثروبولوجيا وفي الطب يريدون التعاون فإن كلاهما يجب أن يكون على وعي بكثير من الصعوبات التي توجد في مجال العمل بين التخصصات المختلفة (٥) .

وإذا كانت هناك صعوبات تعوق الأداء الأمثل للعلوم الاجتماعية داخل كليات الطب ، فقد ظهرت اتجاهات جديدة تهدف الى مزيد من اندماج العلوم الاجتماعية والطبية بطريقة عضوية منذ بداية دخول الطالب الى السنة الأولى في كلية الطب . ويعتبر هذا الاتجاه أحد العلامات الأساسية على طريق تكامل العلوم الاجتماعية والإنسانية مع الطب التعليمي وهو ظهور ونمو شبكة التعليم المجتمعية المتوجهة نحو المجتمع Community-Oriented Educational Institutions for Health تلك الشبكة التي تدعم عملية اندماج العلوم الإنسانية في كليات الطب والمعاهد الصحية . وتتيح العضوية في الشبكة للهيئات مثل كليات الطب والأفراد الذين يساهمون بأعمال جادة في هذا المجال . وتتوزع العضوية في هذه الشبكة ، فهناك العضوية الكلية لذلك المؤسسة التعليمية والكليات التي تضيفت برامج تدريسيها مادة تتعلق بالتوجهات المجتمعية وترغب في التعاون مع الكليات الأخرى داخل إطار الشبكة لتحقيق أهدافها ، وهناك العضوية المشاركة والعضوية بالمراسلة والعضوية الشرفية . وقد انضم الى العضوية الكلية المساهمة في هذه الشبكة من المنطقة العربية كلية الطب جامعة قناة السويس بجمهورية مصر العربية ، وكلية الطب بجامعة الجزيرة بوادي مدني - السودان ، وكلية العلوم الطبية بالبحرين (٦) . ان جوهر التعليم المتوجه نحو المجتمع يرتبط بضرورة تدريب طلبة الطب في مجالات شديدة القرب من البيئة التي سيعملون فيها بعد التخرج . ولابد أن يكون التدريب مرتبطا بما سيحارسه الطالب في الغد عندما يصبح طبيباً . فإذا كان الطبيب لن يقوم بالرعاية الصحية داخل المستشفيات الكبرى المعدة أعدادا جيدا فقط فانه يجب أن يتلقى تدريبه في أماكن عديدة ومنها المجتمع المحلي الذي سوف يعمل به . ولهذا فان التعليم المتوجه نحو المجتمع هو محال لهذه الأنشطة التعليمية التي تستلزم المجتمع

(5) William Candill, Applied Anthropology in Medicine, in Anthropology Today, by Kroeber, p. 799.

(6) Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences, News Letter, No. 5, February 1986, p. 4.

المطلى بكتابة كيفية تعليمية يمكن للطلبة أن يفتنحوا فيها وينفعوا بها خلال اجتيازهم لخبراتهم التعليمية . ونظرا لأن مكان أى مجتمع يمكن أن يفتنحوا الى قطاعات مسكنية ممتدة فان الطلبة يمكن أن يعملوا في بيئات حضرية أو ريفية أو صحراوية . ولا يعنى ذلك ان الطلبة يستغلون المجتمع المطلى لمجرد التعلم ولكنهم لابد أن يقدموا الخدمات لهذه البيئة وينفعوا بها مع مشكلاتها بالإضافة الى ان نفس عملية التعلم تتم أثناء قيام الأطباء بالرعاية الصحية . ولهذا فان توزيعهم على المناطق والمنتشكات العلاجية المختلفة يعكس التوزيع الطبيعى للمشكلات والحاجات الصحية في المجتمع المطلى . وعلى الرغم من ان الطلبة يفتنحون انتفاعا كبيرا من فراء الخبرة نتيجة وجودهم في مواقف الحياة الواقعية في المجتمع المطلى فان ذلك لابد أن يواكبه الاستزادة من الممارسة والممارسة الأكاديمية مع مراعاة قيم وإخلاقيات الممارسة المطلى للطب (٧) .

مسائل واعتبارات هامة :

عندما نتناقش فكرة تدريس العلوم الاجتماعية في كليات الطب تظهر لنا مسائل وقضايا ومشكلات عديدة تحتاج الى حسم . أهمها أن اقتناع الجانب الطبى بأهمية تدريس العلوم الاجتماعية أذا كان قد تم اعلانه بوضوح على مستوى المناقشات الا إنما عند التطبيق نكاد نجد صعوبات في التنفيذ العملى للفكرة . ففى الندوات واللقاءات المحددة التى تمت بين الجانب الطبى والجانب الاجتماعى نكاد الجانب الطبى بطرق مباشرة وغير مباشرة انتفاعه بالفكرة حتى ان هذه الاهمية لم تعد في حلقة الى قبلت أو تكيد . ولكن عند بداية التنفيذ نكاد نشعر أن الاقتناع اقل بالنسبة للبعض ، وربما يرجع ذلك الى عدم اقتناع البعض بما يمكن أن تسهم به العلوم الخاصة بالإنسان والمجتمع في مجال التعليم الطبى ، أو الى عدم توفر الدافعية الكافية . ولكن يجب أن نقرر أيضا أن هذا الادراك بدأ يتزايد وأن عدد المتعلمين على العلوم الاجتماعية من الجانب الطبى في تزايد مستمر أيضا . ولهذا فان القزاج بين الطب والعلوم الانسانية سوف يتم على نحو متكامل في المستقبل القريب . فهناك الاقتناع وحسن النية من الجانب الطبى والجانب الاجتماعى على سواء وربما يتوقف الأمر على تحديد كيفية الأداء وتطهه بالنسبة لمن لم يتعلمون طبيعة الأداء . البديلية يجب أن تكون مفهوماً صحيحاً عن طبيعة العلوم الاجتماعية وأغراض تنميتها . فلا يمكن أن نقصور أن هدف تدريس هذه

(7) Dr Zohair Nooman, Clinical Training in Health Care Setting, News Letter, Op. Cit., p. 2.

المعلوم مجرد تحسين علاقة الطبيب بالمريض ، بل تمتد الى اهداف اشمل من ذلك اوضحناها في التصول الاربعة الاولى . وسوف يؤدي هذا الايضاح الى أن تزداد دافعية عدد اكبر ممن يهتموا بالمجال الاجتماعي سواء تخصصوا فيه أو فتحوا المجال للمتخصصين لكي يعملوا فيه . ولن تقتصر في هذه الجالة على وجود أصوات معدودة في الجانب الطبي تنادى بضرورة الاهتمام بهذه العلوم بواقع الميل الشخصي فقط ، ومتى غابت هذه الأعداد الضئيلة من الساحة الطبية فلا نجد من يؤيد الفكرة . فهناك حقيقة يجب أن ندرجها هي أن معظم من اهتموا بهذا الموضوع توغر لديهم الميل الشخصي ومارسوا العمل الاجتماعي أو علموا الفكر الاجتماعي لحظيتهم من واقع هذا الاهتمام . ولكن الأمر يحتاج الآن الى إثارة دافعية عدد أكبر يتناسب مع الأعداد الكبيرة المنتظية في الميدان الطبي ، بجانب جعل الاهتمام بالجانب الاجتماعي يرتبط بدراسات أكاديمية تخصصية أكثر منه يعتمد على سلوك شخصي . وسوف لا نجد صعوبة الآن في تحقيق هذا الهدف ، ويرجع ذلك الى أن ادراك بواقع الطبيب من العمل الاجتماعي ، وحرص من يعملون في الميدان العلاجي على الإبقاء على مكانتهم الاجتماعية العالية كلها تسهم في اتمام من يعملون في الميدان الطبي على الاستزادة من هذه العلوم .

والتفضية العامة الأخرى هي ما يتعلق بالمعلوم الاجتماعي والانسانية ذاتها ، وما يتعلق بالاجتماعيين الذين يهتمون بمجال الطب . وأهم الموضوعات في هذا الشأن موضوع المصطلحات والمفاهيم غير الواضحة . وقد اشرنا قبل ذلك الى أن البعض يطلق عليها العلوم الاجتماعية بينما يطلق عليها البعض الآخر العلوم السلوكية ، بينما يجمعها جميعا البعض الآخر ويسميتها الانسانيات . كذلك ناه المحاولات التي تحدث لتحديد المفاهيم أنت فضفاضة . وعلى سبيل المثال فقد عرفت العلوم السلوكية بأنها هذا الفرع من المصرفة المنظمة التي تبحث لتصف وتتفهم وتعدل وتكتنباً بمحددات ووظائف السلوك الانساني . وأن العلوم السلوكية الاولى هي الاثنروبولوجيا والطب النفسي وعلم النفس وعلم الاجتماع . وبعض الجوانب التي يدرسها الاقتصاد والجغرافيا وعلم السيلسة والصحة العامة يمكن أن تعتبر موضوعات من العلوم السلوكية (٨) . لهذا نحن نحتاج الى اعادة تحديد مفهوم كل مصطلح نستخدمه ؛ فنحتاج مثلا أن نحدد ماذا نعني بالعلوم الانسانية ، والعلوم الاجتماعية ، والعلوم السلوكية ، أو حتى نقرر أن بينها تداخلات ، على أن

(8) Report of a Consultative Group Meeting on Application of Behavioural Sciences in Health Services in Developing Countries, WHO Alexandria, Egypt, 2-5 September 1985, p. 2.

تحدد ونشرح التداخل بوضوح . وبصفة عامة فإن تدريس هذه الموضوعات في كليات الطب يحتاج إلى مفاهيم واضحة وموضوعات ترتبط بالواقع وبالطب في نفس الوقت . ونظرا لأن تدريس هذه المواد في السنوات السابقة قد اعتد في بعض الأحيان على إختلاطات مهنة الطب ، وفي أحيان أخرى على الطب النفسي أو علم النفس لذلك فإن تحديد موضوعات كل علم (مثل علم الاجتماع ، الأنثروبولوجيا ، علم النفس ... الخ) وتحديد الأسس التي يمكن أن يقدمه في الميدان الطبي سوف يساعد الجانب الطبي على تحديد ما يحتاجه من كل تخصص .

يجب أيضا على الاجتماعيين أن يدركوا أن أهداف تدريس العلوم الإنسانية يجب أن تكون واضحة لدى الجانب الطبي سواء أعضاء هيئة التدريس أو طلبة الطب . فالهدف يتعلق بدور الطبيب الاجتماعي كمفهوم فعال في المجتمع يمكنه من خلال ممارسة المهنة خدمة الأفراد وخدمة المجتمع . ويجب أن تتحول دراسة هذه المواد إلى دراسة نظرية وعملية في نفس الوقت ويجب أن تقدم الجوانب النظرية بطريقة سهلة ويتم ربطها بالواقع الصحي مباشرة . وعلى سبيل المثال يمكن البدء في تدريس الظواهر الاجتماعية بناقشة المجال الصحي بحيث تنتهي المناقشة بتحديد مفهوم الظاهرة الاجتماعية من خلال عرض أمثلة من المجال الصحي نفسه . ويلاحظ أن طرق التدريس والمواد التي تقدم للطالب مكتوبة يجب أن تتناسب مع عدم تخصصه في الدراسات الاجتماعية ، فما يكتب للطالب الطب لابد أن يكتب بطريقة خاصة ربما تختلف من بعض جوانبها مع ما يكتب للطالب المتخصص في الدراسات الاجتماعية .

ولا بد أن يدرك الطالب أيضا جدوى هذه الدراسات في التطبيق العملي . ذلك أن الطالب عندما يدرس مادة طبية مثل الرمد يدرك مباشرة مدى مآلها في ممارسته لعلاج مرضاه . وهو إذا لم يشعر أن دراسته للمواد الإنسانية سوف تنيده في المستقبل فإن أقباله عليها سوف يكون في أضيق صورته . لهذا فإن جهودا يجب أن تبذل من جانب الاجتماعيين لتقديم مادة واضحة الفائدة . ولا بد أن نعرف أن تدريس العلوم الاجتماعية ليس هدفا في حد ذاته ولكنه وسيلة تهدف إلى تغيير في مفاهيم وآداء الطبيب أثناء عمله الاجتماعي . ويؤدي وضوح هذا الهدف إلى أن يحرص الجانب الاجتماعي دائما على تحقيق الفائدة العملية . ويصبح الأمر بالنسبة له ليس مجرد إضافة معلومات بل يمتد إلى التفكير في إجراء بحوث وتدريبات عملية ترافق عملية التدريس . ويلاحظ دائما أن المسادة غير المعدة إعدادا جيدا سوف تترك أثرا سلبيا لدى الجانب الطبي . ونظرا لأن معظم المسادة المقررة في هذه العلوم وتتمثل في الجانب الطبي قد تمت وتطورت مادتها في الدول الغربية فيجب استخدام هذه المسادة بحذر ، ويجب أن ندرك أن الكثير منها يمكن ألا يكون

ملائم للاستخدام في الدول النامية . كذلك فإن المسادة البحثية المنوطة لأبد من أن تؤخذ بحذر إذا تمت ترجمتها ، ذلك أن المفاهيم والمناهج المستخدمة فيها يمكن ألا تكون ملائمة . ومن المهم استحداث معايير وطرق بحثية جديدة تتكامل مع البيئة المحلية (٩)

هناك أيضا مجموعة من الصعوبات والحواجز التي تعترض الزواج بين العلوم الاجتماعية والطبية ينبغي أن نعمل على تلخيصها . أولا أن المطلوبات المتاحة اليوم غير ملائمة لطبيعة التحديات المتعلقة بالمشكلات الصحية لهذا نحتاج إلى استحداث في النظرية الاجتماعية لكي تزيد من القدرة على فهم الواقع وأجراء البحوث واستخدام النتائج في تنظيم الرعاية الصحية . ولهذا فإن تقديم مفهوم البناء الاجتماعي لمن يعمل في مجال الصحة بمعنى على مليد - كما سبق وأشرنا - يعتبر أمرا ضروريا ، لأنه في هذه الحالة سوف يساعد على أن يأخذ في اعتباره التسوي الفاعلة في الصحة مثل أنساق المكانة والطبقات - الخ . وثاني هذه الحواجز والمعوقات نقص أعداد الاجتماعيين الذين يقومون بمجال الصحة . والأمل معقول على تزايد أعداد من يهتمون بهذا المجال خاصة في ميدان التخطيط المسمى أو التعليم الطبي . أما المعوق الثالث فهو عدم وجود علاقة تعاونية في كل الأحيان بين الجانب الطبي والاجتماعي ، ويعاني الاجتماعي العامل في مجال الطب من عدم وضوح مكانة محددة له ، كما يعاني من اختلاف الروايات ، ومن أنر تقلقل النطية في طرق تقديم الرعاية الصحية . كذلك فإن اختلاف اللغة التي يتكلمها من يعملون في مجال الطب عن اللغة التي يتكلمها من يعملون في مجال العلوم الاجتماعية (لغة المصطلحات والمفاهيم) أدت إلى الإهتمام بحيث أصبحت ربا يرتديه كل فريق ليميزه عن الطرف الآخر بدل أن يستخدمه لتسهيل عملية الاتصال . والمقبة الأخيرة ترتبط بضرورة تغيير النظم الراسخة . ذلك أن اخذال العلوم الاجتماعية في مناهج كليات الطب تتطلب تغييرا في المناهج التي ظلت تخدم العملية التعليمية على مدى زمني طويل ، ولابد أن يقبل الجميع ذلك ، بما فيهم أصحاب الخبرات التعليمية الذين عملوا على مدى عشرات السنوات - وتتطلب أيضا موازنة الوزارات المعنية وهيئاتها المختصة مثل وزارة الصحة ووزارة للتعليم العالي (١٠) . ومن الطبيعي أن مثل هذه المشكلات يمكن التغلب عليها بجهود مخصصة من الجانبين : الجانب الطبي والجانب الاجتماعي .

(٩) المرجع السابق ، ص ٧ .

(10) Report of the Working Group on the Social and Behavioral Sciences in the Health Services and Manpower Development, WHO. Alexandria, Egypt, 25-29 July 1977, pp. 17. 18.

والسؤال الذى طرح فى أكثر من مناقشة هو : من يدرس هذه المواد ؟ وعلى الرغم من أن اجابة هذا السؤال تبدو بسيطة بحيث أما نقرر أن يقوم بتدريسها أعضاء هيئة التدريس الأطباء أو نقرر أن يدرسها من تخصصوا فى الدراسات الاجتماعية . ولكن حتى هذا الأمر البسيط له أبعاده الممتدة . فهناك من الجانب الطبى من يرى أن الأطباء هم الذين يستطيعون أن يدرسوا لطلبتهم هذه المواد ، فهم سيكونوا أكثر كفاءة فى نقلها لهم . ويقترح البعض أن تبدأ كليات الطب فى أعداد المبدئين لكى يتخصصوا فى علم الاجتماع الطبى وعلم النفس الطبى وغير ذلك من العلوم المشابهة لكى يتولوا بأنفسهم عملية التدريس . والى أن يتم ذلك يمكن أن يستعين الأطباء الذين سيجرسون هذه المواد بما أمدّه خبراء العلوم الاجتماعية من كتابات . وعلى الطرف الآخر يرى أن العلوم الاجتماعية حتى ولو تناولت ظواهر طبية لابد أن يدرسها وانهم بقدر من التأهيل الطبى يمكن أن يفتقروا من هذا المجال - بل إن بعضهم يرى أن العلوم الاجتماعية حتى ولو تناولت ظواهر طبية فهى لابد أن يدرسها من تخصصوا فى العلوم الاجتماعية دون تخوف طالمّا أنهم ينتسبون من الفضل فى المسائل الطبية الفنية (المشكلات الاكلينيكية) .

والمسألة الهامة التى ترتبط بهذا المفهوم أيضا هى قضية المسئولية الاشرافية على تدريس هذه المواد . فهل يتم تدريس العلوم الاجتماعية من خلال قسم الاجتماع الطبى ؟ أم يأخذ بمسئوليتها قسم من أقسام كلية الطب مثل قسم الطب النفسى أو قسم طب المجتمع بصرفه النظر عن يدرسها ؟ أم نتبع أسلوب التنسيق بحيث يجتمع قسم طب المجتمع مع الطب النفسى مع الاجتماعيين ويتفقوا وينستقوا عملية تدريسها ؟ وهى كلها بدائل مطروحة للمناقشة واتخاذ القرار ، وكل منها له مميزاته وله أيضا ميوهه . نلأرى القائل بالتنسيق بين علوم المجتمع وبين طب المجتمع والطب النفسى وغير تخوفاته لدى البعض إذ يرون أن ذلك يمكن ألا يودى الى التكامل بقدر ما يؤدى الى ابتلاع تخصص لتخصص آخر ، وأنه يخشى أن تفقد بعض العلوم ذاتيتها وكيانها أثناء محاولة ادماجها فى تخصصات أخرى . ولكن على الرغم من تعدد هذه الصعوبات وتنوعها فإن الطول النافعة الفعالة يمكن أن توجد اذا توفر عامل الفهم المتبادل بين ذوى التخصصات المختلفة وتوفر أيضا الاحترام المهنى بين من يعملون فى عملية التعليم الطبى وبين الاجتماعيين . فالأمر يحتاج الى تغيير فى المفاهيم يمكن أن يؤدى الى مزيد من الرؤية الواقعية للتخصصات الآخرين ، والرؤية الواضحة أيضا لمجاور الالتقاء فى مجال الصحة بصفة عامة بين البعد الطبى والبعد الاجتماعى .

والتعضية الأخيرة الهامة التى يمكن أن نتناشها فى هذا المجال هى مكانة للمعلوم الاجتماعية على خريطة الدراسة فى كليات الطب . رتطلب مناقشة

هذه القضية للتطرق إلى ثلاثة اعتبارات عامة ، وهى تتعلق بالقيمة النسبية التى تعطىها كليات الطب لكل هذه المواد من حيث عدد الساعات واحتساب الدرجات والنجاح والرسوب ، والمرحلة الدراسية التى تقرر فيها هذه المواد ، هم اللغة التى تدرس بها العلوم الاجتماعية . أما من حيث الاعتبار الأول فلن الوزن الذى سنتعطيه لائحة الكلية للمادة من حيث عدد الساعات المقررة وطرق تقييم الطالب ومجموع درجات المادة بالنسبة للمجموع الكلى للدرجات طوال العام ومدى اعتبارها مادة نجاح ورسوب سوف يؤثر كل هذا على نظرة الطالب إلى المادة . كذلك على كلية الطب أن تتيح الفرصة لتنوع أنشطة المادة وتوزيع الدرجات على الأنشطة المختلفة ، ذلك أن قيمة المادة ومدى انكسار الطالب منها يتوقف على محتوى ومعلومات ذات قيمة عالية منه ، حيث التماسيل الطبي ومن حيث ارتباطها بالواقع العلمى ، مباشرة ، بجانب طريقة تدريس ناجحة ذات كفاءة عالية فى توصيل المعلومات بالطرق المناسبة . وهذا يتوقف ، إلى ما سيجرى من إصلاحات ، وبمادة من يدرك .
يتوقف أيضا على ارتكاز كل مادة على معلومات ترتبط بالتجارب والإحاث بجانب برنامج تدريبي جيد . وتوزع الدرجات على الأنشطة المختلفة للمادة . ونود أن نؤكد مرة أخرى على ضرورة اعتبار العلوم الاجتماعية مواد الرئيسة والنجاح ، لأنه إذا لم تعتبر كذلك حتى إذا شمر الطالب بأهميتها فله أن يهتم بها أو يهينها حقها بسبب وجود مواد أخرى كثيرة ضاغطة يرغب أن ينجح فيها .

أما من حيث المراحل الدراسية التى يقرر فيها تدريس العلوم الاجتماعية فإن الأمر مازال خلاقيا . ويرجع ذلك إلى أن البعض يرى أن طالب الطب يجب أن يبدأ بدراسة الجانب الاجتماعى فى المراحل الأولى لكونه يرى العلوم الاجتماعية كعلوم مساوية للعلوم الطبية فى الأهمية ، بجانب أن ذلك يلفت نظره منذ البداية إلى أهمية هذا الجانب . بينما يرى البعض الآخر أن طالب الطب لا يحثك بالمرض ولا يعمل داخل المؤسسات الطبية منذ البداية ، وأن الانغماس التام بين تدريس المادة (فى المراحل الأولى) وبين العمل مع المرضى (قرب الانتهاء من الدراسة) سوف يقلل من الامتداد المباشرة من هذه المواد . وينصح البعض بأننا حينما نفكر فى المراحل التى يجب أن تدرس فيها هذه المواد علينا أن نفكر فى مسألة عامة هى ماذا يضم تحسين العلاقة بين الطب والعلوم الاجتماعية ؟ هل البدء بتدريسها منذ المراحل الأولى أم تأجيلها ؟ وقد حلت هذه المشكلة نظم للتدريس المتبعة فى كليات الطب المتوجهة نحو المجتمع - كما أوضحنا قبل ذلك - إذ زوجت فى الوقت الواحد - بل فى المحاضرة الواحدة - بين التوجيه الطبى والاجتماعى خاصة أن برلمجها تضمنت الاحتكاك بالمرضى والمجتمع العلمى منذ السنة الأولى .

لقد دارت مناقشات أيضا تتعلق باللغة التي تدرس بها العلوم الاجتماعية، خاصة أن الطب بازال يدرس بلغات اجنبية . وعلى الرغم من أن استخدام اللغة العربية في تدريس العلوم الاجتماعية سوف يؤدي الى احساس الطالب بتميز هذه العلوم فان الرأي الأرجح هو أن تدرس باللغة العربية ذلك أن اللغة الوطنية هي للقادرة على التوصل الجيد للمفاهيم الاجتماعية . بجانب أن الطالب سوف يجد عتقا لو يحتاج الى وقت طويل للتصرف على المفاهيم والمصطلحات الاجتماعية المتخصصة اذا تم تدريس المادة بلغات اجنبية .

برنامج مقترح لتدريس العلوم الاجتماعية في كليات الطب :

لابد أن يتفهم أي برنامج دراسي في كلية الطب الهدف الاساسي من وجود الكلية وهو اعداد الطبيب القادر على علاج المريض وعلى المساهمة الاجتماعية في خدمة البيئة . والبرنامج الدراسي للعلوم الاجتماعية يجب أن يهدف الى تعريف الطالب بالبيئة التي يعيش فيها ويمارس فيها مهنته الأساسية . وإذا كانت بعض اجزاء البرنامج تقرب الطالب من بيئة المجتمع ككل وبيئة المجتمع المحلي التي يعمل فيها بصفة خاصة فان اجزاء أخرى من البرنامج لابد أن تقدم له البيئة الاصغر نطاقا التي سيتقوى فيها الطبيب عمله وهي المؤسسات الخاصة بالرعاية الصحية .

وتعتبر الطريقة التي يقدم بها أي برنامج دراسي في العلوم الاجتماعية لطلبة الطب مائلا حاسما في مسألة تقبل الطالب للبرنامج من عدمه . وبصفة عامة يجب أن يدرك الطالب علاقة الأبعاد الاجتماعية والثقافية ونفسية تؤثر في سلوك الانسان وتؤثر هذه العوامل على الفرد فتكون منه اتجاهات نحو الأشياء ونحو الأشخاص ونحو المواقف الاجتماعية التي يحتم على الانسان أن يتواجد بها .

وبوقت الطب والعلاج هو أحد المواقف التي يوجد بها الانسان الذي يتلقى الخدمة الطبية ، ويتأثر سلوك الانسان في هذا الموقف بالعوامل التي ذكرناها . بل أن الطبيب نفسه هو انسان يدخل في تفاعل شخص واجتماعي مع جماعات من الناس انما تأديته للخدمة الطبية . فهو يتعامل مع المريض ، وأحيانا مع عائلته ، ومع ادارة المستشفى ومع هيئة التدريس . الخ . ويتأثر الطبيب في هذا التفاعل بخصايته وقيمه ومعتقداته كما يتأثر غيره ممن يتعاملون معه .

إن موقف العلاج ليس هو مجرد إعطاء جرعات من الدواء أو مجرد
معالجة جراحية ولكنه موقف تتفاعل أنساني تظهر فيه سلوكيات محددة ونحكيه
خلفيات هي الخبرات والقيم والمعتقدات والأفكار .

والطبيب في حاجة إلى أن يتعرف على طبيعة التفاعل الانساني ، ودوافع
السلوك ، وأنواع القيم والمعتقدات التي تتحكم في هذا السلوك ، ويحتاج
أن يتعرف على النتائج الضخمة التي تحدثها العوامل الاجتماعية والأزمات
النفسية . ويحتاج أن يتعرف على تلك العوامل التي تكمن وراء السلوك
الظاهري ليرضى يتعامل معهم كل يوم .

بهذه الطريقة يمكن تقديم العلوم الاجتماعية للطالب وتعريفه بكيفية
إسهام هذه العلوم مجتمعة في تنمية معرفته بالأبعاد الاجتماعية ، وتغيير أفكاره
للإنسان المريض بحيث ينظر إليه كإنسان مريض وليس كحالة مرضية .
وعلى ذلك يجب أن يهدف أي برنامج علمي إلى إيضاح ما يلي :

١ - تأثير الواقع الاجتماعي والثقافي على ممارسة الطب وتقبل
العلاج .

٢ - أن مجال الطب والعلاج هو مجال للتفاعل الاجتماعي والانساني
لأنه لهم خلفيات ومستويات ثقافية تؤثر على أداء الخدمة ، وعلى طغيانها
الأمر الذي يكون له تأثير على النتائج المرجوة من تقديم الخدمة .

ولتحقيق ذلك لابد لهذا البرنامج أن يتضمن ما يلي :

١ - المعلومات التي تكسب الطالب المهارات التي يمكنه من التعامل
النجاح والانساني مع جماعات مختلفة من الناس .

٢ - المعلومات التي تكسب الطالب اتجاهات إيجابية متعلقة بالرغبة
في أداء خدمة طبية أكثر من مجرد ممارسة وظيفة أو أداء عمل .

ويلاحظ أنه إذا كانت اللوائح تحدد دائماً اسم المادة فقط إلا أنه من
الضروري في مرحلة البداية محاولة تحديد الاتجاه العلم للمادة وأهدافها ،
والمحتوى المقترح . وعلى الرغم من أننا نسلم بأن محتوى المادة يمكن أن
يتغير في المستقبل بسبب تقدم النظريات والبحوث في المجال أو بسبب تغير
أوضاع المجتمع فإن تحديد الخطوط الأساسية للمادة من المسائل الضرورية
في هذه المرحلة .

ومن الطبيعي أن تقييم أى عمل يؤدي إلى إمكانية تحسينه . ويحتاج البرنامج الذى يتفق عليه إلى تقييم دورى فى ضوء الأهداف الأولى التى وضع البرنامج لتحقيقها أو الأهداف التى تستجد . ويشمل التقييم محتوى المادة ، طريقة تدريسها ، والتدريبات المرتبطة بها . ومن المهم أن يكون رأى الطلاب أحد معايير تقييم البرنامج .

ويلاحظ أن اشراك الطلبة والطالبات فى مناقشات تساعد على اخراج ما فى أذهانهم من أفكار حول المجتمع والظواهر الاجتماعية وعلاقتها بالطب وتساعد على الوصول إلى التعلم الأفضل عما إذا حاول المحاضر أن يلقيهم مجموعة من الأفكار . والنسؤال الذى يمكن أن يتبادر إلى الذهن « هل تجد المعلومات عن الجوانب الاجتماعية للطبيب ؟ » والاجابة هى نعم . ولكنه يلاحظ أن نوعية المعلومات وطريقة تقديمها تتحكم كثيراً فى مدى الفائدة التى أن يجنيها طالب الطب من هذا التخصص . ونظراً لأن المعلومات والخفايا يمكن أن تتغير أو حتى تنسى تماماً بمرور الزمن لذلك فإن تنمية قدرة الطلاب على استخدام المعلومات يعتبر عملاً أهم من مجرد تعليم الطالب استرجاع وتذكر المعلومات . ولهذا فإن طرق التدريس ومعايير التقييم لابد أن تخدم هذا الهدف .

ويجب أن ندرك أن الطلبة الذين يتلقون برنامجاً دراسياً عن المجتمع يأثرون إلى هذا البرنامج ولديهم خلفية عن المجتمع والظواهر الاجتماعية بعكس الأمر فى حالة تعليمهم برنامجاً فى التشريح أو الكيمياء والحيوية . فجميع الناس - ومن بينهم طلبة الطب - لديهم بعض الأفكار عما يتناوله علم الاجتماع بالدراسة والبحث ، لأنهم يعيشون فى المجتمع . ويستلزم الأمر فى بعض الأحيان تغييراً فى الأفكار المسبقة التى تكون راسخة فى ذهن الطلبة ، وفى أحيان أخرى نحتاج إلى التأكيد على نوعية معينة من الأفكار . فو نحتاج إلى اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع الخلط أو سوء الفهم .

ويمكن تدريس علم الاجتماع فى مجال المواقف الكلينيكية ، وفى شكل حلقات مناقشة ، ومن خلال المحاضرات وبالنسبة للمجال الأول ففى بعض الجامعات يدرس علم الاجتماع الطبى فى الفترة الفاصلة بين البرامج الدراسية للمواد غير الكلينيكية والمواد الكلينيكية . وبعداً التنظيم يكون قد تم النظر إلى العلم الاجتماعى على أنه علم سبلى على المواد الكلينيكية ويتضمن معلومات تتعلق بالممارسة الكلينيكية . ويتشارك فى هذه الحالة السوسيولوجى مع السيكلوجى والممارس للعلم أيضاً فى مواقف إجراء المقابلات مع المرضى بهدف التعرف على أحوالهم المرضية وظروفهم الاجتماعية . والهدف هو أن يعلمون السوسيولوجى الطالب على إعادة اختبار أفكاره المسبقة عن المرضى

وكيفية إجراء المقابلة معه ، ثم عن السبب الذي أتى من أجله المريض للاستشارة الطبية ثم طبيعة المشكلات الصحية . ويعتبر هذا مدخلا للتعرف على علم الاجتماع وعلم النفس يهدف إلى تحقيق وعى الطالب بالمشكلات التي يمكن ألا يكون على وعى بها من قبل . ويأخذ إجراء المقابلة في هذه الحالة شكل التفاعل أكثر مما يأخذ شكل الاستجواب . وعلى الرغم من أن الطالب يكون في مرحلة تعليمية مبكرة فإنه يكون سميدا لأنه يستطيع أن يتوقع تشخيصا معينا للحالة من واقع ما يحلى به المريض كاسباب أدت به إلى اللجوء إلى الطبيب . وعندما يتناقش الطالب مع المريض سوف يعكس له قلقه ، ويمكن أن تعكس المناقشة أيضا ظروف المريض الزواجية والشخصية ومشكلات عمله . وسوف يعرف الطالب ما إذا كانت المشكلة الصحية هي التي أدت بالمريض إلى الطبيب . أم أن هناك مشكلة أساسية أخرى . وما إذا كان يمكن التمييز بين الجانب العضوي والجانب النفسي والاجتماعي للمشكلات . وعندما يجتمع الطلبة بعد ذلك معا ويعرض كل منهم حصيلة على الآخرين سوف يدرك الطلبة أن كثير من معلوماتهم وتصوراتهم عن التشخيص أو العلاج قد تغيرت ويجب على رائد مجموعة المناقشة أن يقود المناقشة بطريقة غير مباشرة بحيث يسمح للطلبة أن يصفينوا نتائج ما تعلموه في الموقف الأكاديمي بأنفسهم . وقد دلت التجارب التي استخدمت فيها هذه الطرق أنها ناجحة إذ حققت نتائج إيجابية وحصل الطلبة على درجات عالية عندما تم تقييمهم .

أ. حلقات المناقشة هي ضرورية أيضا كطريقة تعليمية ، ولابد أن يوزع الطلبة في شكل مجموعات صغيرة العدد لكي تكون الامادة أكبر ويعطى لكل طالب فرصة المناقشة . وفي كل مرة تقدم للطلبة مشكلة أو قضية يناقشونها :

ويفضل أن يتم إعلام الطلبة بموضوع المشكلة قبل موعدها بفترة ويقترح على الطالب قائمة بالتقاربات التي يمكن أن تساعد على رؤية المشكلة أو القضية رؤية صحيحة ومحاولة حلها . على أن يترك للطالب بعد ذلك حرية اعداد نفسه للمناقشة بالطريقة التي يراها بعد ذلك . ومن أمثلة المسائل والقضايا تم اختيارها للمناقشة في بعض كليات الطب ما يأتي :

أ - ماهية المرض : ويطلب من المشارك في حلقة المناقشة أن يقرأ من المرض كظاهرة مؤثرة على الحياة وعلى الخصوبة ، وأن يتعرف على الجانب العضوي والجانب النفسي والاجتماعي للمرض . ويقدم كل طالب تصوره عن هذه الجوانب . وعادة ما تؤدي المناقشات إلى دناخ الطالب عن وجهة نظره أو إلى تعديلها . وتجري المناقشات في كل مجموعة بطريقة تختلف عادة عن الطريقة التي تجرى بها المناقشات في المجموعات الأخرى ، ولهذا يصل كل مجموعة إلى مرحلة ربما تختلف عن المرحلة التي تصل إليها المجموعة الأخرى . إذ تستطيع بعض المجموعات أن تصل في مرحلة مبكرة من المناقشة

الى ادراك حقيقة ان المرض له ايماده الاجتماعية ، بينما قد تظل مجموعة أخرى غير قادرة على الوصول الى هذه النتيجة حتى في نهاية المناقشة لان التركيز الاساسى قد يكون قد استمر منصبا على العوامل البيولوجية . ولكن حتى في هذه الحالة يكون قد حدث ما يشبه التغير في مراكز الاهتمام لدى الطلبة ، او حتى مجرد التفكير في وجود عوامل أخرى غير العوامل البيولوجية . ويكون ذلك كليا في هذه المرحلة اذ ان أسلوب المحاضرة الذى سيتبع بعد ذلك يمكن أن يزيد من التأكيد على هذا الجانب بحيث يعمل على ترسيخ دور العوامل الاجتماعية .

ب - توزيع الموارد والاعتمادات على الخدمات الصحية : تنتم للطلبة في مناقشة هذا الموضوع الميزانية السنوية للسحة مع قائمة بالاحصاءات التى مائة ما تكون متوفرة لمخطى الخدمات الصحية ، ونسب الوفيات ، والمعلومات الخاصة بالمستشفيات . ويسأل الطلبة أن يسموا معايير لتوزيع الميزانية على القطاعات الصحية التعليمية .

وتهدف مناقشة هذه المسئلة الى تمريض الطالب لمحاولة للتظلم على سمويات تحديد مفهوم الصحة والحاجات الصحية بالنسبة للجمهور المحلى ، والى التعرف على الاحكام القبية التى تربط دائما بشروعات توزيع الميزانية . ويبدأ الطلبة بمناقشة المعيار التى وضعتها الطلبة لتوزيع الميزانية . وفي هذه الحالة عادة ما يستند توزيع الميزانية لدى بعض الطلبة الى عوامل تختلف عن تلك التى يستند اليها التوزيع لدى غيرهم من الطلبة . وعلى سبيل المثال قد يكون المعيار لدى مجموعة من الطلبة هو عدد المرضى في الوحدات الصحية الاطبية ، بينما قد يقدم غيرهم من الطلبة معايير أخرى ، بينما قد يقول طالب « اذا كان على طبيب سوف يكون هو توزيع الميزانية سوف استقبل »

وسوف يستطيع الطلبة التعرف في نهاية المناقشة على الخدمات والامكانيات الصحية المتاحة وسوف يعترفون أيضا على تلك الصعوبات التى تواجه الاداريين الذين يعملون في الخدمات الصحية ، وسيجربون أيضا من المراءات التى تحدث فيما يتعلق بتقييم الاحتياجات الصحية عند اتخاذ قرار توزيع الموارد .

ج - مستقبل الطب : يسأل الطلبة إن يقرأوا من التقدم التكنولوجى الذى حدث في مجال الطب ، وأن يقرأوا تراءات أخرى من مهنة الطب وعلاوة الناس بن يمارسون هذه المهنة . ويطلب منهم بعد ذلك مناقشة تصوراتهم وأنكرهم عن مدى أهمية الجوانب المختلفة وضرورة التقدم الذى يجب أن يحدث في كل جانب . وتهدف انارة هذا الموضوع الى ترسيخ مفهوم الطب

مفهوم شامل لدى الطالب يضمن الجوانب الأكاديمية والجوانب الانسانية والملاقات الاجتماعية .

د - دراسة تاريخ بعض الحالات المرضية : يعرض على الطلبة تاريخ بعض الحالات المرضية التي تتضمن بعضا عضويا وتتضمن أيضا أبعادا اجتماعية ، مثل حالات امتناع المرضى عن تناول العلاج في مواعيده وما ensued بسببه ذلك لبعض المرضى مثل مرضى الفصم من يتعصب أو احتيل تخسولهم في غيبوبة الأبر الذي قد يعرضهم لتفقدن وظائفهم ويعود ذلك بالتأثير السلبي على الأسرة . وتساعد مناقشة الحالات المرضية على تدعيم ما يمكن أن يتلقاه الطلبة في المحاضرات عن السلوك المرضي وتصنيفات المرض وغيرها من الموضوعات .

ويشترأزي مع حلقات المناقشة تكريس عند من المحاضرات للطلبة لتزويج كل محاضرة بين ٤٠ ، ٤٥ دقيقة . وتسمى هذه المحاضرات بالنفس طرية المحاضرة المعتادة ويمكن أن يحدث لها بعض التعديلات متى كان ذلك مناسباً ، وتقتصر هذه التعديلات فيما يأتي :

١ - في بعض المحاضرات يجب أن يشارك عدد من المتخصصين في نروع علمية مختلفة في المحاضرة الواحدة بطريقة تكاملية . وعلى سبيل المثال يمكن أن يشارك المتخصص في علم النفس والثنروبولوجي والأخصائي الاجتماعي والطبيب في محاضرة واحدة . وكل واحد منهم يشارك بالجانب التي يتصل بتخصصه .

٢ - يمكن اتباع طريقة أخرى يطلق عليها « مناقشة الفرد مع زميله » إذ يقسم الطلبة إلى مجموعات تتكون كل مجموعة من طالبين . ويتكلم كل طالب إلى زميله في موضوع معين لمدة دقيقتين أو ثلاثة . ثم يتكلم الطالب الثاني ويستمع الطالب الأول . ثم يجتمع الطلبة بعد ذلك ويسأل المحاضر كل منهم ماذا تعلم من زميله ؟ أو يسأل بعض الطلبة إذا لم يكن الوقت مخصصاً . وتكون هذه الطريقة مفيدة إذا كانت أعداد الطلبة صغيرة وإذا كانت مناقشات الطلبة تنور حول ما هم يعتقد أنها شائعة أو خاطئة . ومن أمثلة الموضوعات التي تتناش بين الطلبة بهذه الطريقة : ما هي الصحة ، ما معنى مفهوم أعراض المرض ؟ لماذا ينهيه الناس إلى الطبيب ؟ ماذا معنى مفهوم الطبقة ؟ . وتتبع طريقة المناقشة بين الطالب وزميله الفرصة له أن يتعلم شيئاً جديداً أو شيئاً لا يعرفه . وهي تتيح للمحاضر أيضاً فرصة التعرف على ما يعرفه الطلبة عن هذه المفاهيم والموضوعات بحيث يستطيع بعد ذلك تحديد كيفية تدوله للموضوع في المحاضرة .

٢ - يمكن استخدام طريقة اعداد التقارير بحيث يسأل طالبين أن يقوموا بتلخيص كل محاضرة وكتابة تقرير عن نواحيها الأساسية وتبويبها ، على أن يتلى هذا التقرير في مدة تتراوح بين خمسة وعشرة دقائق قبل بدء المحاضرة التالية . وتختصر نقادة هذه الطريقة فيما يلي :

- أ - اعادة تذكر الطلبة بالنقاط الأساسية التي تعلموها .
- ب - إثارة المسائل الخلاقية على الملا حيث تتم مناقشتها .
- ج - فتح قناة شرعية للطلبة لنقد المدرس وطريقة التدريس .
- د - - - - - تتيج للمدرس فرصة التعرف على امكانية تنفيذ بعض الاهداف التعليمية .

نماذج من الموضوعات التي يمكن تدريسها للطلبة :

❖ مقدمة : مفهوم الصحة : ويمالج هذا الموضوع مفهوم الصحة بهدف ازالة الخلط الذي يوجد في الذهن من هذا المفهوم .

❖ مسألا يلجأ الناس الى الأطباء ؟ : ويدير موضوع هذه المحاضرة حول سلوك المريض تجاه الطبيب . سيتم توضيح مراحل عملية اتخاذ الناس لقرار عرض امراضهم واعراضها على الطبيب . ويجب أن تمتد مادة هذه المحاضرة على نتائج البحوث الواقعية . ومن المفيد أن يستأل الطلبة أن يسجلوا الاعراض التي شعروا بها في الاسبوع السابق على المحاضرة لأن ذلك يقدم دليلا تويها على أن قرار الذهاب الى الطبيب ليس قرارا مستهلا ينبئ على ظهور اعراض بسيطة .

❖ البناء الاجتماعي والصحة : هناك مفاهيم عديدة لابد من مناقشتها داخل موضوع البناء الاجتماعي مثل مفهوم الطبقة وما يرتبط بهذا المفهوم من موضوعات مثل نمط الحياة ونسبة المواليد والوفيات ، ومدى انبئ الناس من طبقات مختلفة على استخدام اساليب الرعاية الصحية المتاحة . وهناك موضوعات هابة أخرى ينبغي مناقشتها مثل موضوع المرأة والمسنين .

ولكى تتم دراسة هذا الموضوع بطريقة وافية يتطلب عدة محاضرات .

❖ الاسباب الاجتماعية للمرض : ويجب أن تتضمن المحاضرة الأولى من مجموعة هذه المحاضرات أدلة تؤكد أهمية العوامل الاجتماعية في حدوث

للأمراض المعنوية ، فقد اتضح مثلا أن تحسن الصحة لم يحدث نتيجة التقدم في العلاج للكثيرين كما يعتقد البعض بل يرجع الى التحسينات التي حدثت في البيئة والتغذية والسكن . ولهذا فإن دور الطب أصبح هو الرعاية الصحية أكثر منه العلاج الطبي . وتعتبر مجموعة المحاضرات التي تتناول حول هذا الموضوع من أهم المحاضرات لأنها تصل على تعديل الصورة المتكونة عند الطالب من دور الطبيب . وينتظر أن تكون هناك مقاومة لهذه الأفكار في البداية ولكن يتوقع أن يحدث بعد ذلك تغيرا تدريجيا في هذا الجانب . ويمكن أن تخصص محاضرة من هذه المحاضرات لمرض تتلخج البحوث التي تناولت دور العوامل الاجتماعية في حدوث الأمراض النفسية .

* طبيعة المشكلات الطبية : يرتبط تدريجيا هذا الموضوع الطبية بالتعليم الكلينيكي في المواقف العلاجية . وتناقش طبيعة المرض بمعنى شامل . كما يناقش أيضا أثر العوامل النفسية والاجتماعية مثل المعاملات في الحياة الزوجية والمصاب الأبرية في ظهور مشكلات صحية .

* التصنيف الاجتماعي للأمراض والوصمة : تركز هذه المحاضرة على الأثر المترتبة على تشخيص مرض معين على الفرد مرض خطير أو معد أو غير ذلك مما يؤدي الى تصنيف الشخص المريض نفسه : مع الاهتمام بفكرة أن هذا التصنيف يمكن في بعض الأحيان أن يغير من إدراك الشخص لنفسه ، ويغير من سلوكه أيضا .

* المعجز والتأهيل : التركيز في هذا الموضوع على أنواع المعجز المختلفة ونتائج تصنيف المعوقين بناء على هذا المعجز فيما يتعلق بالتبولوج الاجتماعي والممكنة الاجتماعية .

* أساليب تقديم الخدمة الصحية : تتم المقارنة في هذا الموضوع بين تقديم الخدمة الصحية من طريق القطاع الخاص وتركها لعوامل السوق وبين تقديمها بالحدان وفق نظام محدد .

* الصحة كقيمة اجتماعية : يحاول المحاضر في هذا الموضوع أن يكشف عن طبيعة الصحة ومنهوها وتبنيها في المجتمع المعاصر . ويشير الى إمكانية اختلاف مفهوم الصحة من المرضى الى الأطباء الى الإداريين الى الحكومة ذاتها . وما تؤدي اليه وجهات النظر المتعارفة .

هذه مجرد أمثلة للموضوعات التي يمكن أن تناقش في المحاضرات في مقرر دراسي . وإذا أردنا أن نكون برنامجا متكافلا علينا أن نرجع الى

موضوعات الدراسة في الأربعة فصول الأولى ، فالموضوعات التي تدرسها الدوام والدراسات الاجتماعية المذكورة في هذه الفصول تصلح لأن نختار منها ما نريده بحسب نوعية البرنامج الذي نريد تكوينه .

ويلاحظ أن المحاضرات وحلقات المناقشة لابد أن يواكبها برنامج قراءات يهدف إلى إعطاء خلفية للطالب تساعد على فهم ما يدور في المحاضرات وحلقات المناقشة كما يساعده على أن يبحث عن تفاصيل الموضوعات التي تثار أو التي يهتم بها الطالب شخصياً .

ومن الضروري وضع معايير لتقييم الطلبة . وتوزع درجات النجاح على بنود التقييم المختلفة . وعادة ما يجب من مدرسين هذه المواد بين أسلوب الامتحان التحريري حيث يجيب الطالب على مجموعة من الأسئلة ، وبين طلب كتابة مقال في أحد الموضوعات (١١) .

(11) David Armstrong, The way we Teach Medical Sociology, in Handbook of Sociology Teachers, by Roger Gomm and Patrick Neill, Heinemann, Educational Books, London, 1982, 285, 289.

الباب الثالث

ممارسة الطب

الفصل السابع

العلاقة بين الطبيب والمريض

درس علماء الاجتماع العلاقة بين المريض والطبيب دراسة تمصيلية . فقد ادرت كثير من كتب علم الاجتماع الطبي نمولا مستقلة لدراسة هذا الموضوع . وتضمنت النصوص الأخرى التي لم تخصص لدراسة علاقة الطبيب بالمريض اشارات عديدة لأبعاد هذه العلاقة ، فيصعب أن نجد علا عليها يتعلق ببيئة الطب والعلاج لا يشير من قريب أو بعيد إلى هذه العلاقة . وقد قال بعضهم — مثل باريسوتر Parsons — إلى التأكيد على التهم المتبادل بين المريض والطبيب . فقد نظر باريسوتر إلى كل منها على أنه يؤدي دورا اجتماعيا أو يتبع نمطا سلوكيا له معاله المحددة من وجهة النظر الاجتماعية . بينما اتجه البعض الآخر مثل فريديسون Freidson إلى دراسة الجوانب الصراعى في العلاقة وتحديد الوسائل التي يستخدمها كل من الطبيب والمريض للوصول إلى أهدافه . وعلى الرغم من أن كل اتجاه من هذين الاتجاهين يركز على جوانب معينة في العلاقة بين الطبيب والمريض فإن كل منهما يسهم في فهم تفاصيل عديدة لها نالقتها في فهم ديناميات هذه العلاقة بمسلة عامة (١) .

وتت ملاحظة علماء الاجتماع للعلاقة بين الطبيب والمريض في المبتدئيات وأماكن العلاج . كما حاولوا تتبع النتائج الطبية لنوعية البناء الاجتماعى الذى يحكم هذا التفاعل بين شخصين . وقد توسلوا من هذه الدراسات إلى نتائج عامة . فقد وجدوا مثلا أن الاختلافات الطبقية بين الطبيب والمريض قد اثرت على العلاقة الاكلينيكية . كذلك توصلوا إلى أن ثمة المريض فى الطبيب تزداد اذا لم يكن الطبيب يعيش في عزلة اجتماعية من المجتمع المجلى الذى يعمل فيه أو من جمهور المرضى الذين يقوم بعلاجهم ؛ واتضح أيضا أن كثير من القرارات الاكلينيكية التي يتخذها الطبيب تعتمد على علاقته

(1) Margret: Eden, Social Work in Investigation and Management, Medicine., The Quaterly — Add on Series of Practical General Medicine (5 Psychiatry) p. 85.

الخاصة داخل مهنته وعلاقاته مع المجتمع المحلي ، وعلى مسيل المثال فان الاصل الاثنى للطبيب ، واصل عائلته ، وتعليمه الاوى ومهارته المهنية تؤثر تين سيرتبط بهم من الزلاء ، وفى نوعية المستشفيات التى يود أن يعمل بها ، وهذا بالتالى سيحدد مجال علاقاته ونوعية التسهيلات التى يتتبع بها وطبيعة الخبرات الطبية التى سيكتسبها ويفيد منها ثم يحدد الآثار المترتبة على ممارسته للطب (٢).

وتتشأ علاقة الطبيب بالمريض من خلال موقف اجتماعى هو موقف التلاج - ويكون الطبيب والمريض فى هذه الحالة شخصان فى حالة تفاعل اجتماعى هدفه الانسانى هو تغيير حالة المريض الصحية . ونظرا لان المريض لا يستطيع الخروج بفرده من دائرة مرضه ، لهذا فهو يعتد اعتمادا أساسيا على الطبيب ، ويدخل الى موقف التفاعل برقيقه وفى بعض الاحيان بدوى رغبة مدفوعا بحاجته الى الشفاء . وهذا ما يؤدى الى أن يصبح هذا الموقف شديد التيز من مواقف اجتماعية اخرى كثيرة يوجد فيها الفرد ويتفاعل من خلالها مع الآخرين فى حياة اليومية . وما سنحاول أن نتعرف عليه هنا هو مكونات هذا الموقف التى يجب أن يضمها الطبيب فى اعتباره أثناء تعامله مع المريض لكي يتم هذا التماكل بطريقة تحقق الغاية الأساسية من الوجود فى الموقف ، فن نتعرف بعد ذلك على العوامل والظروف والاعتبارات التى تؤثر فى هذه العلاقة .

مكونات موقف التفاعل الاجتماعى للطبيب والمريض :

إذا أردنا دراسة طبيعة الملائك الاجتماعية بين شخصين أو جماعتين فإن أفضل محل لدراستها هو أن ننظر الى هذه العلاقة فى ضوء فكرش العمل والموقف . لجميع مشاهداتنا الوائعية لملائك الناس يمكن جمعها فى هاتين الفكرتين : الفعل (وهو يتضمن فكرة التفاعل) ثم الموقف الذى يحدث فيه الفعل . وكل التعميمات التى نصل إليها من المشاهدات الواقعية لابد أن تحدد العمل الواضح والموقف الذى يحيط بالفعل حتى إذا كل الغرض النهائى هو دراسة الشخصية أو النسق الاجتماعى أو التثافة (٣) . والموقف الاجتماعى

(2) International Encyclopedia of Social Sciences, The Macmillan Company and The Free Press, New York, 1968, vol. 14, p. 495.

(3) Margret Eden, Op. Cit., pp. 84, 85.

لذى يتعامل من خلاله الطبيب والمريض موقف يؤثر فيه المعرفة والخبرات والخلقية الاجتماعية لكل منهما على النحو التالى :

١ — **التأهيل العلمى والخبرة الفنية للطبيب :** من الطبيعى أن تتأثر علاقة الطبيب بالمريض بخبرة الأول الفنية وكفاءته العلمية ، بل هن من أقوى المؤثرات نظرا لأن التأهيل العلمى للطبيب وخبراته هى رصيد الطبيب الذى يمنح المريض الى الاتجاه اليه . ولا شك أن ضعف المعلومات الطبية عند الطبيب الأمر الذى يمكن أن يحدث لأسباب عديدة ، له آثار على افادته من فترة تدريبه الاكلينيكي ، وبالتالي على كفاءته فى التشخيص والعلاج . ولا يتوقف نجاح الطبيب فى هذا الموقف على مجرد وجود المعلومات ، بل ضلى قدرته على استخدام هذه المعلومات ، وقدرته على الاستنتاج . وسؤال المريض ، وتوغل هذه المعلومات . ومن الطبيعى أن خبرات الطبيب السلبية فى الحالات التى سألها سوف يدخلها فى اعتباره فى علاج لى مريض . والمعروف أن التزود بالمعرفة الطبية واكتساب خبرات ومهارات فى الممارسة أمر يجب ألا يتوقف طالما أن الاكتشافات الحديثة فى مجال الطب مستمرة ، ذلك أن ارتفاع كفاءته ومواكبة مستوى المعرفة لديه لسا يصل اليه الطب يساعد على مزيد من النجاح فى العلاج الأمر الذى يعتبر أحد العوامل الأساسية فى بناء العلاقة بين الطبيب والمريض .

٢ — طبيعة الدور الاجتماعى للطبيب والمريض والقيم المرتبطة بكل دور :

يفترض أن أداء الطبيب والمريض لدورهما وتفاعل كل منهما مع الآخر عبارة عن عملية يعلمان منها الى تنظيم تفاعلها ما يودى الى النظر الى سلوك كل منهما على أنه تعبير عن التوجه المتسق الذى يحل معنى يدركه كل منهما . ويكتسب التفاعل هذا المعنى من خاصيته كطريقة للنجاح فى التعامل بين اشخاص لهم نفس التوجهات المتسقة . ويعتبر تطابق سلوك كل منهما مع التوقعات الاجتماعية هى الطريقة التى يظهر بها الدور الذى يؤديه الواحد على أنه له علاقة بالدور الذى يؤديه الآخر (١) .

وينبى أن نفرق عندما نناقش موضوع الدور بين الدور المحدد اجتماعيا

(4) Ralph H. Turner, The Nature of Role Interaction In Modern Sociology ed. by Peter Worsley, Penguin Books, 1972, p. 476:

ذلك الذي يرتبط بالتوقعات الاجتماعية. وبين تصور الشخص من دوره اذ يختلف أحيانا تصور الشخص القائم بالدور لطبيعة دوره عن ذلك التحديد الاجتماعي للدور . وفي موقف الطبيب والمريض يؤثر تصور الطبيب عن دوره وعمله والتزاماته على العلاقة بينه وبين المريض . فيتصور بعض الأطباء ان علمهم هو ان يفحصوا المريض ويكتبوا العلاج . ويؤدي هذا التصور الى ان يعتبر الطبيب ان ما زاد على ذلك فهو ليس واجبا عليه ولهذا تهمل الجوانب الانسانية تماما في العلاقة بينهما . وهذا هو السبب في ان الابحاث قد اوضحت ان الطبيب قد ينجح في توجيه تعليمات الى المريض ولكنه لا ينجح في ان يثبت الاطمئنان في نفس المريض ويقدم له معلومات عن المرض يمكن ان تزيد من هذا الاطمئنان . وهناك من الأطباء من هم على كفاءة عالية في التخصص والمهارة وأداء العمل ، ويعرف الجميع منهم ذلك . ولكن منهم من لا يعطى للجانب الانساني اهتماما لهذا انطى الرغم من ان المرضى يذهبون اليهم الا انهم عادة ما يتصرفون من تعاملهم معهم . ولهذا نمكا يتحدثون عن مهاراتهم ، يتحدثون أيضا عن طريقة معاملتهم لمرضاهم .. وفي إحدى المدن الأجنبية كان أحد أطباء الأسنان مشهورا بمهارته ولكن كان يطلق عليه أيضا إنه « جزار » . إذ لم يكن يهتم بالمريض اذا كلن يتالم لم لا ، بل كان اهتمامه ينصب على اجتاز عمله . ولهذا كان الكثيرون يلجأون اليه ولكنهم يرتعبون بمجرد جلوسهم على الكرسي .

ويوضح لنا هذا المثال الأخير ان فكرة التعامل بين المريض والطبيب على أنه تعامل إنسان لإنسان تختفي أحيانا في بعض مواقف العلاج ، وبمسيح التعامل كلى . وفي هذه الحالة قد تستمر العلاقة بينهما فترة طويلة تنصف بالالتزام من جهة المريض والاخلاص والاجتهاد من جهة الطبيب ، ولكن يكون الجانب الانساني بينهما قد فقد تماما ، ولهذا لا غرابة ان يشعر المريض بالألم والخوف منذ دخوله العيادة . ويمكن ان تظهر في هذه الحالة مشكلات سببولوجية ربما تؤدي الى امتناع المريض عن زيارة الطبيب ، والى غيرهما من المشكلات التي لا يؤثر هذا النوع من العلاقات الفرصة الكافية لمعالجتها .

ونحن اذا وقتنا وطلنا هذا الموقف نجد انه ينصف بعدم المساواة ، اذ ان الطبيب يرى فيه انه لا سيد الموقف « وهو الذي يتحكم » ليس في الجانب الفني العلاجي فقط ، بل أيضا في اتجاه العلاقة الانسانية فيجعلنا من طرف واحد (طرف الطبيب) يصدر تعليماته للمريض ولا يسمح له بأكثر من مجرد السمع . وهذا يضمن السيطرة وعدم المساواة في العلاقات بين البشر .

واذا حاولنا ان نبحث في تراث علم الاجتماع نسوف نجد ان هناك تحديدا للمفاهيم الاساسية لدور المريض . ويؤدي تعرفنا على طبيعة دور المريض

وسلمته الى مزيد من فهم سلوك المريض ذاته من ناحية ، وديناميات العلائق
بينه وبين الطبيب من ناحية أخرى . وأهم السمات ما يأتي :

✽ ان المريض - وبسبب المرض - وحده - يستثنى من القيام بدوره
اليومي للعالمى - وأحيانا يستثنى من مسؤولياته الاجتماعية كزوج أو كعائل
لاسرة أو كعامل فى مؤسسة أو مصنع . وتتوقف درجة الاستثناء ومدته على
على خطورة المرض وعلى فترة بقاءه فيه . ففى حالة العجز الدائم أو الأمراض
المستعصية يستثنى المريض طول حياته من القيام ببعض الأدوار . أما فى
حالة الأمراض المعدية فقد يعزل المريض ولهذا يترك جميع أدواره اليومية ،
ولكن لفترة معينة . وفى حالة الإصابة بالالتهونزا والبرد وما الى ذلك فان
المريض قد يستمر يمارس أدواره المعادية أثناء اعتلال صحته وقد يمتك عدد
قليل من الأيام .

والطبيب هو الشخص الذى يحدد للمريض دوره فى فترة المرض ، وهو
يجب أن يضع فى ذهنه حينما يفعل ذلك اعتبارات عديدة منها أن بعض المرضى
يظنون يؤدوا أدوارهم اليومية وذلك بسبب جهلهم بطبيعة أمراضهم واستغلالهم
بها أو عدم درايتهم بإمكانية العدوى . وفى أحيان أخرى تكون صعوبة الظروف
الاجتماعية والمسئوليات المعائلية هى العامل القوى الكامن وراء استئانة
الشخص بالمرض وإلجأه على أداء أدواره اليومية ، الأمر الذى يمكن أن
يؤدى الى ازدياد حالته الصحية سوءا . وقد اتضح أن الظروف المعائلية
لبعض المرضى تضطرمهم الى القيام بجهود بدنية عنيف أو حمل أشياء ثقيلة
بعد إجراء جراحات لا تتطلب ذلك . وفى كل هذه الحالات اذا وضع الطبيب
فى اعتباره دور المريض اليومي وتعرف على حالته المعائلية وظروفه الاجتماعية
والعمل اليومي الذى يمارسه ، فإنه يمكن أن يقدم نصائح لها نافذة عملية
بالنسبة للمريض . وسيستطيع بطريقة عملية أن يحدد له الأدوار التى
يستطيع القيام بها والأدوار التى يستثنى منها . ونضلا من أن ذلك سيؤدى
الى أفضل نتيجة فيما يتعلق بالعلاج فإنه سيؤدى أيضا الى احساس المريض
بوجود من يعتم بطروفه ويوجهه من خلال فهم واقعه .

✽ ان المريض لا يستطيع أن يساعد نفسه ، ولابد أن يجد له
من يعنى به . والطبيب هو أول من يعنى بالمريض ، ولكنه يحدد أيضا نوع
العناية المطلوبة فى البيئة التى يعيش فيها المريض (فى منزله مثلا) والأشخاص
الذين يمكن أن يساعده . ويلاحظ أن هناك بعض المرضى - وخاصة المساكين
بالاضطرابات العصبية يحاولون فى بعض الأحيان استجباة قراهم وضبط
أنفسهم بحيث لا يظهروا على أنهم مرضى . وفى هذه الحالة يتطلب الأمر من
الطبيب أكثر من مجرد التعرف السهل المباشر على المريض وعلى ما يستطيع

منه ، بل يحتاج الى بذل الجهد للوصول الى أعباء وأبعاد تكفه من مساعدة المريض .

✽ يعتبر المريض أن المرض شيئاً سيئاً . ولهذا يفترض أنه يرغب في التخلص منه لكي يصبح صحيحاً ويعود الى أداء أدواره اليومية . وتساعد هذه السمة المريض على الاستجابة لتعليمات الطبيب . ويلاحظ أنه كلما زادت رغبة المريض في العودة الى أدواره اليومية كلما كان أكثر تعاوناً مع الطبيب . لهذا فإن قدرنا من تشجيع المريض وتذكيره بأدواره اليومية وبإهمية الرجوع إليها بسرعة يعد عملاً مطلوباً . ولكن يلاحظ أيضاً أن هناك مرضى يرغبون في إطالة فترة المرض هروباً من أدوارهم اليومية . وهؤلاء يحتاجون الى التعرف على نوعية المشكلات التي يعانون منها في مجالات أنشطتهم المختلفة لكي يتخلصوا من متاعبهم أو يكتفوا عن حالة التمارش .

✽ يفترض أن يتعاون المريض مع الطبيب ، بل يفترض أنه يطلب مساعدته لكي يرجع الى حالته الطبيعية . وعلى الرغم من أن هذا الاندفاع ينطبق على معظم الحالات إلا أن الواقع يوضح أن بعض الحالات لا تتعاون مع الطبيب ، أما بسبب الظروف الاجتماعية كما سبق وأوضحنا أو بسبب عوامل ثانوية كما سيتضح فيما بعد . وفي كل الحالات يحتاج هؤلاء المرضى الى اهتمام خاص من الطبيب لكي يستطيع ضمان تعاون المريض معه ، بل لكي ينجح في أن يجعل المريض يشعر دائماً بالحاجة اليه (٥) .

أما التلميم التي تتحكم في أداء الدور وترتبط به فهي تظهر بجلال في الدراسة الواعية التي تلم بها بارسونز لممارسة مهنة الطب . فقد ذكر أن التلميم التي ترتبط بهذه المهنة تتبلل فيما يأتي : النوعية ، الحياء الوجداني ، والمعمومية ، والانجذاب ، والتوجه الجماعي ، وذلك على النحو التالي :

١ - وتتمثل النوعية في أن الطبيب يعالج مرضاً محدداً مثل الالتهاب الرئوي ولكنه لا يحاول أن يحل كل المشكلات التي يصادفها المريض في حياته .

ب - ويتمثل الحياء الوجداني في أن الطبيب يحدد المرض مستنداً الى أسس علمية دون أن يستند هذا التحديد الى أنطباع عاطفي عند الطبيب لما يعانيه المريض من مشكلات شخصية بسبب مرضه .

ج - وتظهر قيمة العمومية في استخدام الطبيب معايير عامة بالنسبة لكل مرضاه في التشخيص والملاج - وهو لا يختار مرضاه من إقاربه أو جيرانه أو أصدقائه فقط ، أو من المسارف الذين لديهم دالة شخصية أو علاقة اجتماعية به .

د - يستند الطبيب في أداء دوره الى كفاياته وخبرته العلمية والفنية دون أن يكون لموامل الانتشاء أو الوراثة أى تأثير في قدرته كطبيب . وهذه قيمة الانجاز .

هـ - يهدف الطبيب من أدائه لدوره الى تحقيق رفاهية الجماعة وصالحها - أى جماعة في المجتمع - سواء كانت جماعة الأطباء أو المرضى أو غيرهم - ولا يهدف أساسا الى تحقيق ربح أو منفعة شخصية . وهذا ما يعرف بقيمة التوجه الجماعى (٦) .

٣ - ثقافة المريض :

اكل شعب ثقافته التى تحوى بعض العناصر المميزة . وعلى الرغم من أن الجماعات البشرية هى التى تخلق معظم عناصر ثقافتها ومصطلح عليها لبنان الثقافة يصبح لها تأثيراً قويا على الانسان . فالانسان قد يصعب عليه في بعض الأحيان التخلص من عاداته ، وقد يصعب عليه أن يتجاوز تقليد المجتمع الذى نشأ فيه أو يغير معتقداته . وتظهر المشكلة عندما تؤدي بعض عادات الانسان وممارساته الى تسهيل عملية إصابته بمرض معين ، أو تعوق شفاؤه من مرض أصابه . في هذه الحالة يصبح أمر تغيير العادة أو الممارسة ضروريا للوقاية من المرض أو للحد من انتشاره في المجتمع ككل . ولما كانت عادات وممارسات الانسان تتصل بشبكة معقدة من الظواهر التى تتصل بحياته الاجتماعية والنفسية وتتصل بتحقيق أمنه وسلامه النفسى فقد كان أمر تغيير عادات الانسان ومعتقداته يتطلب أسلوبا خاصا يقوم أساسا على فهم الانسان ودوامه ثم المبادئ الذى يجنيه من وراء كل ممارسة يقوم بها .

والطبيب يحتاج في تعامله مع المريض أن يضع في اعتباره للظلمة الثقافية

(٦) د. محمد عارف . تالكوت بارسونز . رائد الوظيفة المعاصرة في علم الاجتماع . مكتبة الانجلو المصرية . القاهرة سنة ١٩٨٢ ، ص ١٢٦ ، ١٢٧ .

للمريض . وهذا ما سنناقشه بالتفصيل في موضع آخر . ذلك ان عملية الربط بين العادات الشخصية والمعتقدات الشعبية وبين المرض يصعب على المريض ان يميها ، ولهذا تبقى لديهم الطيبب الاساسية . فهو عليه ان يتعرف - من المرض او من ذويه - على جوانب ثقافته التي قد تتعلق بالمرض الذي يعاني منه . ولنا لاحظ ان لكل جماعة بشرية ثقافتها الخاصة . وما يسود بين جماعة معينة من عادات ومعتقدات يختلف عما يسود لدى جماعة أخرى . بل انه داخل المجتمع الواحد تختلف سلوكيات الناس الذين ينتمون إلى طبقات اجتماعية أو جماعات اجتماعية مختلفة .

ولنأخذ مثالا واحداً يوضح لنا أهمية تعرف الطبيب على ثقافة المريض لكي يتمكن من أرشاده أرشاداً صحيحاً . من المعروف ان المعتقدات هي أحد عناصر الثقافة . وهي تلعب دوراً هاماً في تفسير المرض ، وفي قبول المريض للعلاج الذي يقرر له . فهناك معتقدات تدفع الإنسان الى تفسير الأمراض - خاصة المناجاة أو الحادة أو المستعصية - تفسيرات غيبية بالرجوع الى الأرواح الشريرة وغيرها . وبما دامت التفسيرات غيبية فان العلاج دائباً يتناسب مع هذا التفسير ولهذا عادة ما يكون علاجاً سحرياً . وبسبب ذلك عادة لا يلجأ الناس الى الطبيب إلا بعد استئصال المرض . ولا يدرك المريض وحده ان معتقداته تحجب عنه الرؤية الصحيحة للأسباب الحقيقية للمرض فتقدم له تفسيراً خاطئاً وعلاجاً غير نافع . وعلى ذلك فالمريض يحتاج من الطبيب الذي يستطيع النفاذ الى الأسباب الحقيقية للمرض ان يوضح له العوامل المرتبطة بحياته وعاداته وتؤدي الى إصابته بالمرض ، كما يحتاج ان يتعرف أيضاً من الطبيب على الأسباب الموضوعية للمرض .

٤ - تصور المريض لمرضه وقدرته على التعبير عنه :

أحياناً يصاب الطبيب بالزعر عندما يتحدث للمريض عن أمراضهم . فالحديث أحياناً يتم من عدم المعرفة وأحياناً يعبر عن فشلهم التام ، في التعرف على طبيعة أمراضهم ولهذا يبالغون فيها أو يقللون من خطرها . ولكن يجب ان ندرك ان المعرفة تنصف بالنسبية فلا يستطيع انسان ان يكون على دراية بجميع مروع المعرفة . ولعل ذلك يخفف ويقلل من الهوة التي يشعر الطبيب انها تفصل بين تفكيره وتفكير المرضى أثناء تعامله مع مرضاه .

ويؤدي عدم معرفة المريض بمرضه الى وجود تصورات خاطئة لدى المريض عن مرضه ، خاصة في حالة الأمراض الخطيرة . فعندما يفحص الطبيب مريضاً بالإنفلونزا فهو سيكتب له العلاج وينصحه بان يلازم الفراش

لعدة ايام ، وسيكون لدى المريض ادراكا بأن حالته ليست في خطر . ولكن لا تسير الأمور بهذه السهولة في جميع المواقف ، ففي حالة علاج مريض مصاب بالسل سوف يكون الموت أكثر تعقيداً وسيقتضن الكثير من سوء الفهم والتشكك من جانب المريض . فببجرد أن يذكر الطبيب اسم المرض ، وحتى لو ذكر الطبيب أن المرض في مرحلة مبكرة لا يحتاج الا الى عدد قليل من الشهور يتبع فيها المريض بعض التعليمات التي تنطلق بعاداته اليومية ، فإنه سوف يرى الأمر بطريقة مختلفة تماماً . فسوف يرى أن المرض يمكن أن يؤدي الى الموت ، أو أنه لعنة له ولأسرته أو يمكن أن يراه عقوبة على خطيئة اقترعها . وتتنظر بعض الجماعات البشرية الى المرض على أنه وصية مار بالنسبة للشخص وبالنسبة لأسرته . وهذا يزيد من احساس المريض بالذنب . وأحياناً تؤدي العوامل النفسية الى أن يتجاهل مريض معين علاج وتعليمات الطبيب ويمكن أن يخرج ويعمل لكي يبدو كما لو كان صحيحاً ولكي يحمي العصار عنه ومن جماعته . في هذه الحالة سوف لا يتبع المريض تعليمات الطبيب ، ولن يحقق العلاقة الملائمة المرجوة منها . ويلقى هذا مسئوليات كبرى على الطبيب تتعلق بتغيير تصور المريض من مرضه بهدف التأثير في سلوكه لكي يستجيب للعلاج .

وتدل الدراسات التي أجريت في أمريكا وإنجلترا على أن ادراك الناس للمرض يختلف باختلاف التعليم وباختلاف الطبقة الاجتماعية التي ينتمي اليها المريض كما تختلف باختلاف الجماعة الاجتماعية التي نشأ فيها المريض (٧) . كذلك فإن التعبير عن المرض يختلف أيضاً باختلاف العوامل الاجتماعية . وعلى الرغم من أن من يمارسون الطب قد توفر لديهم منذ زمن طويل ادراك وجود اختلافات بين المرضى في تعبيرهم عن أمراضهم وعن الأعراض التي يشعرون بها مرجعها الى عوامل ذاتية ، فإن ادراكهم لآثار العوامل الاجتماعية مثل الانتماء الى جماعة معينة كان في أدنى درجاته . ويعد ادراك اثر العوامل الاجتماعية في احداث الاختلافات في التعبير عن المرض من المسائل ذات الأهمية الكبرى كعامل مساعد في تشخيص وعلاج كثير من الأمراض ، خاصة تلك الأمراض التي يعتمد فيها التشخيص على ما يستطيع المريض أن يخبر به الطبيب ، أو ما يرغب إن يخبره به ، أو ما يرى إنه من الضروري أن يخبره به . ولهذا فإن الطبيب الذي لا يعطي اهتماماً لخطية المريض ويكتدر سدى مناعته له في تشكيل استجاباته يمكن أن يفقد الكثير مما يمكن أن يساعده في التشخيص السليم (٨) .

(7) Susser and Watson, Dp. Cit., pp. 64-65.

(8) Irving Kennéth Zola, Culture and Symptoms : An Analysis

الموامل المؤثرة على علاقة الطبيب بالمريض :

هناك موامل متعددة تؤثر على العلاقة بين الطبيب والمريض من بينها :

١ - نظرة المريض الى الطبيب :

من الموامل الهامة المؤثرة في العلاقة بين الطبيب والمريض في موقف العلاج نظرة المريض الى الطبيب . وينظر المريض دائما الى الطبيب على ان يده شيئا سحريا او معجزيا او على الأقل مقيدا . وتختلف درجة احساس المريض بذلك ايضا تبعا لاختلاف درجة ثقافته وتعليمه . فكلما انخفضت درجة التعليم كلما قل وعي المريض بالمرض واسبابه وكلما تضاقت صورة الطبيب ومهمته حتى ليصبح الطبيب عند المريض مثل « الكاريزما » . ولكن بصفة عامة وايا كان تصور المريض للطبيب فان الجميع يخضعون للطبيب بسبب انه يملك سلطة ومعرفة أكثر منهم . وكل ما يحدث لدى المتعلمين هو أنهم يناقشون تشخيصه وعلاجه وتراثراته التي يتخذها بشأن المرض ، كما يمكن أن يعلموا عن عدم رضاهم أو اقتناعهم في بعض الاحيان بما يقوله الطبيب . فقد أظهرت البحوث في بريطانيا أن عدم الرضا والاقتناع المبادل كان بدجة مرتفعة في حالة تعامل الأطباء مع مرضى من الطبقات العليا والمتعلمين (١) .

ولهذا فان الطبيب في تعامله مع المريض عليه أن يدرك هذا التفاوت الذي يجعل المرضى يقبلون عليه وعلى علاجه بتصورات مختلفة . ففي حالة غير المتعلمين يمكن للطبيب أن يمارس تأثيرا سحريا على المريض اذا هو أراد ذلك واذا استخدم الهود والتباعد في المعرفة للتأثير على المريض لمصالح تحسين صحته . ويمكن أن يتم ذلك بطرق متعددة أهمها توجيه تعليمات وتوصيات واضحة . ولنعلم أن الشخص الذي يتصور أن لدى الطبيب عصا سحرية مندبا بمرضه لواقفه تزداد هذا التصور ذاته ببيل الى فقدان الثقة بسرعة أكثر من الشخص المتعلم الذي يمكن أن يقدم الأمدار والاحتمالات .

ولا يؤثر في الموقف فقط نظرة المريض الى الطبيب كشخص فالمريض سوف تكون له نظرة تؤثر في اتجاهاته نحو كل شيء يوجد في موقف النقص

of Patients' Presenting Complaints, in Problems of Modern Society, Op. Cit., p. 442.

(9) Susser and Watson, Op. Cit., p. 243.

والمعالجة : نحو الطبيب ، وفريق التمريض ، ومكان النقص ، والإجيزة المستخدمة ، ونوعية العلاج الذى يقرره الطبيب . وهذا يؤثر على مدى إيجابيته واستجابته للعلاج وأقباله على المكان . فعندما ينتشر مثلا في قرية معينة أن أخذ عينات البول والبراز من المرضى لا يتم في مكان مغلق وآمن فاننا نتوقع أن يتمتع بعض الرجال ، ومعظم النساء من الذهاب الى هذه الوحدة أو الميادة للتحليل . وعندها يسود لدى الناس فكرة من أن العلاج الذى تقدمه الوحدة الصحية ليس أكثر من « شربة وحبتين » مما يؤدي ذلك الى أن يتضاؤل عدد المتبلين على العلاج في الوحدات الصحية وما يتبع ذلك من تأخر فرص الشفاء .

٢ — ادراك المريض لبعض نواحي القصور في أداء الطبيب :

تؤثر ملاحظات المريض للطبيب على العلاقة بينهما . ماذا لاحظ المريض بعض جوانب القصور في أداء الطبيب لعمله سواء من الناحية الفنية أو الانسانية فانه يمكن أن يتأثر بذلك تأثرا سلبيا . ويحدث ذلك حينما يكون القصور موجودا بالفعل أو حينما يتصور المريض ذلك . ومادة ما تحدثت الحالات : فاحيانا يحدث القصور بالفعل بسبب ضعف الامكانيات ، أو ضيق وقت الطبيب ، أو عدم اهتمامه بالمريض أو نتيجة لية أسباب أخرى . وفي بعض الأحيان يتصور المريض خطأ أن الطبيب متمصر اما بسبب حساسيته للشديدة لمرضه ، أو بسبب خوفه على نفسه ورغبته في أن يهتم به الطبيب طويلا الوقت ، أو نتيجة معلومات أو خبرات وصلت الى المريض عن الطبيب ومن كيفية أدائه لعمله ، أو عندما يرى المريض بخبرته البسيطة ومعلوماته المتواضعة أن علاج الطبيب ليس فعالا ، وهذا عادة ما يحدث نتيجة رغبة المريض في أن يلاحظ حدوث تحسن سريع في حالته ، أو حينما تحدث بعض الأمراض الجانبية ، أو عندما يحدث الألم سواء أثناء تلقي العلاج أو في الاوقات التى تلى ذلك . في كل هذه الحالات يحدث سوء الفهم وسوء التفسير . ويمكن التغلب على ذلك في حالة وجود فرص اللقاء بين الطبيب والمريض ، وخاصة اذا كان الطبيب يسمح للمريض بأن يتساءل ويناقش ويستفسر عن نوعية العلاج ومن تأثيره والفترة التى يحتمل أن يتم فيها الشفاء التام .

ج — ضيق الوقت المتاحة لأداء الخدمة الطبية :

يحتاج أى نوع من العلاج الى الوقت لكى يتم الشفاء . وعلاقة الطبيب بالمريض يجب أن تستغرق الوقت الكافى حتى يتم الشفاء . ولكن الملاحظ الآن أن الوقت المتاحة لأداء الخدمة الطبية يتناقص ، وأن نصيب كل مريض من وقت

الطبيب يتفاعل تضاعفا مستمرا بمرور الوقت ويعكس ذلك نسبة مدد الأطباء إلى عدد السكان في أي دولة أو في أي جماعة اجتماعية - هذا بالإضافة إلى أنه كلما تخصص الطبيب كلما ضاق وقته وخاصة إذا كان من الأسباء الشهيرة وذلك بسبب زيادة عدد المتبلين عليه . ويتناقص الوقت المخصص لكل مريض من جانبين : الأول هو الوقت المخصص لكل زيارة ، إذ يتناقص وقت الزيارة إلى أن يقتصر على الفحص والزمين الذي يستغرقه لكتابة العلاج . والثاني هو استمرار المريض مع الطبيب فترة زمنية كافية لتابعة حالته أثناء المرض وبعده . ومن الطبيعي أنه إذا لم يكن هنالك الوقت الكافي لمعالجة المرضى فيصعب أن يتوفر الوقت لعمليات الفحص الطبي الدوري لعامة الناس . وقد لوحظ في المستشفيات بسعة خاصة إن الاحتكاك المباشر والمكلف مع المريض يكون مع من هم أقل خبرة من غيرهم وينطبق ذلك على الأطباء ومرضى التمريض أيضا (١٠) . ومن الطبيعي أنه إذا كانت العلاقات في الحالة الأولى تكون ضيقة فإنه في هذه الحالة الأخيرة يمكن أن تكون شبه منعقدة .

سبق أن أشرنا في الفصل السادس إلى أن التدبيب الذي يفتاه طالب الطب مازال في مرحلة بدائية من حيث العلاقات الانسانية ، فالاهتمام بالجوانب السيكولوجية والاجتماعية مازال في مرحلة المهد . وهذا يؤثر على علاقات الأطباء مع المرضى فينتج اهتمامهم إلى المشكلات الفنية للمرضى . وهذا عادة ما يكون له وقعته الشديد على نفسية المريض خاصة حيثما يكون المرض مؤديا إلى الوفاة أو إلى أي شكل من أشكال العجز . ولهذا فنحن في حاجة إلى تدريب الأطباء (وكل من يعملون في الخدمة الطبية ويتعاملون مباشرة مع المرضى) تدريجا خاصا يمكنهم من رؤية المشكلات النفسية والاجتماعية للمرضى وأن يتعاملوا معها ويمالجونها ، الأمر الذي أحس به من اهتماموا بالجوانب الانسانية في مجال الطب والعلاج . وعلى سبيل المثال فقد مسح في أحد الأنسليم التي خصصت لعلاج الأطفال المصابين بسرطان الدم للوالدين أن يعيش مع الطفل . وقد لوحظ أن مريضى التمريض بالمستشفى بدأ يشعرون بالراحة عندما بدأ يتعرف على المشكلات التي يمانى منها الوالدين ويستترك في علاجها ويساعدتهم في التغلب عليها (١١) .

د - التفرقة بين المرضى بناء على المستوى الاجتماعي والاقتصادي :

أحيانا تتحدد طريقة معاملة الطبيب للمريض وفقا لمستواه الاجتماعي والاقتصادي . فقد أوضح مثلا في بريطانيا أنه برغم أن الخدمات المسحية

(10) Susser and Watson, Op. Cit., p. 258.

(11) المرجع السابق ، ص ٢٥٤ .

تقدم بالمجان لجميع الطبقات ، فانه أثناء تقديم الخدمة ينتظر إلى الناس ويعاملوا وفقا لموتعمهم في البناء الاجتماعي والطبى . وتتأثر بذلك العلاقة بين الطبيب والمرضى فيؤثر وجود المريض في طبقة معينة على طريقة تفاعل الطبيب معه . فيمكن أن يتجولب الأطباء أكثر مع المرضى الذين ينتمون إلى طبقات عليا ، ويمكن أن يعطونهم معلومات عن مرضهم ، وعن طبيعة العلاج ، وعن احتمالات الشفاء أكثر من المرضى الذين ينتمون إلى طبقات أدنى . ومن المعروف أن المرضى الذين يعالجون بالأجر يعاملون معاملة أفضل من يعالجون بالمجان . وفي مناطق كثيرة في بريطانيا هناك غنابر خاصة ممتازة في المستشفيات ، ويستخدم مرضى وإطباء هذه العنابر كل الأجهزة والتسهيلات المتاحة بالمستشفى (١٢) .

وفي معظم المجتمعات هناك العلاج الخاص والعلاج بالمجان . ثم العلاج الذى يمثل مرحلة وسط بين هذا وذاك . وأحيانا تتكرر معاملة المرضى بهذا الاختلافات ، فحظفه معالته إذا كان يظلى علاجاً مجانياً عما إذا كان يلقى علاجاً خاصاً . وربما يشعر المريض بهذا الاختلاف في كل المراحل التى يتعامل فيها مع المؤسسة الصحية ابتداءً من عملية العجز (أو قطع التكلفة في المستشفى أو الوحدة الصحية) إلى مختلف مراحل العلاج . ودخل المستشفى الواحد هناك تروق في العلاقات بين المرضى والأطباء وبقية فريق المرضى من الدرجة الأولى إلى الثانية إلى الثالثة .

ولكن لاحظ ما يلى :

أولاً : أن المقدرة على الدفع ليست هى المحدد الوحيد لعلاقة الطبيب بالمريض ، فعندما استطاع أشخاص ينتمون إلى طبقات دنيا دفع من العلاج المرتفع السعر ظل الطبيب ينظر إلى الشخص المريض على أنه ينتمى إلى طبقة دنيا ، وظل ينظر إليه ويعالجه في ضوء مستوى التعطى والمهنة وإذا كان ذلك يتم بطريقة مستثناة نظراً لقدرته على الدفع .

ثانياً : أدت الضغوط الشديدة على الأطباء ، وخاصة قوى التخصصات الدقيقة الذين يقل عددهم وضيق وقتهم جداً عن أن يؤدوا الخدمة المطلوبة منهم إلى مزيد من الإرهاس وضيق الوقت مما أثر على طابع التعامل مع مريض العلاج الخاص وجعل المعاملة شديدة الشبه بمعاملة المريض في المستويات الأدنى خاصة من حيث الوقت المتاح لكل مريض . فعند الناس

يقبلون حتى في حالات الفحص الطبي مرتب إن تكون نثرة الفحص قصيرة ، وأن تكون ردود الطبيب - المرحق الذي يحل هموم من ينتظرونه خارج حجرة الفحص - قصيرة وقمت جنبه وغير كافية لكي تحول التلق الذي في نفوسهم الى طمأنينة . بل قبلوا أيضا أن يتظاهر الطبيب بأن الجلسة قد انتهت بطريقة أو بأخرى ، أو يضغط « الزر » لكي يدخل المريض التالي قبل أن يخرجوا . قبلوا كل هذا على أنه واقع تترصه الضرورة وتحتبه الظروف . وهو بالفعل واقع . . ولكن يجب أن تفكر في كيف نعمل على تخفيفه ؟

هـ - الخلفية الاجتماعية والثقافية للطبيب والمريض :

الطبيب والمريض - حتى ولو نشأ في مجتمع واحد - فيمكن أن يكون لكل منهما قيمه واستجاباته المختلفة عن الآخر . وهذا يمكن أن يؤثر على تقبل كل منهما للآخر : فاحيانا يفسر طبيب سلوك المريض التلق الذي يخضع أساسا لمساوئره في بيئته الاجتماعية على أنه غباء أو جهل أو تخلف . وهذا يحدث على وجه الخصوص إذا كان المريض من طبقة دنيا . والمثل الص على سوء التفسير الذي يرجع إلى الاختلافات الثقافية هو ما نسمعه من الأطباء الأجانب الذين يعملون في أفريقيا من أحكام تتعلق بسلوك سكان الدول الأفريقية .

وتتأثر العلاقة بين الطبيب والمريض أيضا بالاختلافات في طابع الحياة الاجتماعية التي يحياها كل منهما . فالطبيب كمعضو في طبقة مهنية معينة ربما ينتقل من مكان إلى آخر في فترة التدريب ، وربما يترك أسرته ويعمل في بلد آخر في فترة التكليف ، وربما يترك وطنه فترة ما للحصول على شهادة عليا في الخارج . وعادة ما ينتمى في هذه الحالة إلى جامعتين هما أسرته وعمله . وهو عادة أيضا ما يعيش ويعمل مع جماعة لا يرتبط معها بروابط قوية ، فهو يرتبط مع المجتمع المحلي الذي يعمل فيه فقط بحكم وظيفته . وهو يمكن أن يترك المكان إذا وجد فرصة أفضل للعمل في مكان آخر (١٢) . ويجب أن يضع الطبيب في اعتباره أنه يمكن أن يختلف اختلافا بينا في هذا الجانب عن مريض يمكن أن يتعامل معه مصاب بضيق الشعب الهوائية . فالمريض يمكن أن يكون قد تروى في مكان واحد وليس لديه طموح ولم يغادر المكان طيلة حياته ، ولهذا فهو يرتبط بعلاقات قوية مع الأهل والجيران والأصدقاء الذين يكونون المجتمع

الحلى الذى يعيش فيه . ولهذا فالمرضى يمكن أن يحقق وجوده ويشعر بحياته داخل هذا المجتمع الذى وجد فيه وليس خارجه ، فالمعلم بالنسبة له هو المجتمع الحلى أو القرية التى ولد فيها . ولهذا نعمنا يرى الطبيب أن الوسيلة الوحيدة للتخلص من المتاعب الصحية هى ترك هذا المكان إلى مكان آخر أفضل مناخا فانه سوف يرى أن هذا الحكم يتسم بالقسوة ، على الرغم من أن الطبيب يمكن أن يرى أن ذلك أمرا حاديا — طالما أنه اعتاد على الهجرة والتنقل — فالمرضى سيشعر أن ترك المكان يعنى قطع علاقاته واتصالاته التى تعود عليها ، ويعنى المعيشة مع الغريب ، ويعنى أيضا متطلبات مادية .

والاختلاف فى هذه الحالة يأتى من أن الطبيب — بسبب نمط الحياة الذى يعيشه وبسبب أنه موجه أساسا إلى رعاية صحة المريض — سوف يرى أن الحفاظ على صحة المريض يجب أن يتفوق على أى اعتبار آخر . بل هو يمكن ألا يرى هذا البعد الاجتماعى مطلقا . بينما قد يرى المريض أن الصحة تأتى من سمادته فى وجوده بين ابنائه وذويه ويمكن أن يعتمد أن الصحة والمريض هى مسألة حظ . فى هذه الحالة يصطدم رأى الطبيب برأى المريض بسبب أن كل منهما يجهل طبيعة الاطار والمضمون الاجتماعى الذى تنبثق منه الآراء والانكار والذى تقترب عليه نماذج السلوك الخاصة بالشخص الآخر .

لهذا فعلى الطبيب تتبع مسئولية تتخطى حدود الدور المهني الفنى ، أى تتخطى مجرد التشخيص وطلب الهجرة إلى منطقة أكثر ملاءمة إلى المنصرف على ظروف المريض وخطئته الاجتماعية ، والتفكير فى إمكانيات تنفيذ ذلك ، وهذا يأخذ العلاقة إلى دائرة أكثر واقعية ويوضح أن الطبيب أكثر اهتماما بالمرضى .

وهناك عوامل اجتماعية وثقافية أخرى لا تؤثر فقط على علاقة الطبيب بالمرضى بل أنها يمكن أن تمنع الطبيب من الاتصال بالمرضى نظرا لأنها عوامل معوقة للمريض تمنعه من الانتماء على الفحص الطبي . ويحدث ذلك على وجه الخصوص فى حالة الثقافات التقليدية المحافظة ، فهذه الثقافات عادة ما تصوق الانتماء على الفحص والعلاج . وعلى سبيل المثال تعرض بعض النساء — حتى فى حالة تضرر حياتهن للخطر — دخول مستشفيات الولادة . ويلاحظ أن من هن أشد حاجة إلى الرعاية والعناية فى فترة الحمل والولادة هن أقل الناس ابتلا وأمانا من مثل هذه الخدمات . كذلك لوحظ أن الأفراد الذين لديهم أعراض أورام خبيثة مثل الأورام السرطانية يتأخرون فى البحث

من علاجها ، ويمكن أن تتولد لديهم ميكنزمات نفسية يحاولون من خلالها
انكار وجود المرض حتى ولو أخبرهم احد به (١٤) .

علاقة الطبيب الخاصة مع المرضى في حالة التحقيقات القضائية :

يتعامل الأطباء في بعض الأحيان مع اشخاص وقع عليهم اعتداء بدنى أو
ارتكبوا مخالفات قانونية أو جرائم أو أصبحوا في موقف اتهم وتحتاج احوالهم
الصحية الى تقرير من الطبيب . كما أن بعض الخلافات الزوجية التي تعرض
على المحاكم في قضايا الأحوال الشخصية تحتاج الى تقرير الطبيب خاصة في
الحالات التي يظن أن ميما جيسيا يوجد لدى أحد الزوجين . وفي أحيان كثيرة
يكون على الطبيب أن يلتقى بالمريض من خلال عمليات الفحص وان يجسرى
معه مقابلة ويقدم بعدها تقريراً طبياً . وفي أحيان أخرى يستدعى الطبيب
لتقديم الشهادة أمام المحاكم . ويتبع الكم الأكبر من أعباء هذه المواقف على
كامل من يعملون في مجال الطب الشرعى أو مجال الأمراض النفسية ، وذلك
بسبب إن التهمة أو التوقف غير القانونى الذى يوجد فيه الشخص وأن لم يكن
له علاقة بالجانب الصحى الا انه يمكن أن يكون ظاهرة لحالة مرضية سواء
عضوية أو نفسية أو عقلية . وفي كل الأحوال تطلب المحكمة التعرف على
رأى الطبيب الذى يتعامل عن قرب مع المريض . ويجب أن يعتبر الطبيب أن
استدعائه لإبداء الرأى الطبى هو الباب الذى يفتح له لعلاج المريض والتعامل
معه . ويجب على الطبيب أن يجيع في تعامله مع المريض بين مراعاة البعد
الإنسانى والالتزام بالجوانب القانونية (١٥) .

(١٤) المرجع السابق ، ص ٦٦ ، ٦٧ .

(١٥) John Gunn, Management of Patients who have Committed
Offences, Medicine, (The Quarterly add-on Series of Prac-
tical General Medicine). London, 1975, p. 88.

الفصل الثامن

أخلاق المهنة

يعتبر قسم إبقراط هو القانون التقليدي لأخلاق مهنة الطب . وربما يرجع هذا القسم إلى أصول مصرية ، ولكن الأطباء الهنود وجد لديهم قسم مشابه أيضا ، وكان القسم يتلى عند الدخول إلى مدارس الطب أو عند بداية العمل في المهنة ، وكان يعتبر بمثابة عهدة تكريس للدخول إلى ممارسة المهنة .

ويقسم الطبيب بابولو وإسكليبيوس . وهذا الأخير كان طبيبا حقيقيا وقد عرفوه بعد ذلك بأنه ابن أبولو ، كما يشتم بينات أبولو أيضا « هيجيا » و « بناشيا » إذ ترمزان إلى الصحة والشفاء . ويطلب منهم أن يشهدوا جديما على ولاءهم بالقسم أو العقد الذي أقسم به بكل قدرته ووعيه . ويقسم الطبيب بأن يعامل ابنائه كاخوة له ، وأن يلجأ إليه وقت الحاجة ، وأن يعامل ابنائه كاخوة له ، وأن يطعمهم من الطب دون مقابل . ولا يبخل بالمعرفة الطبية على من يطلبها . ويقسم الطبيب أيضا أنه سيقبل أقصى جهده ويسخر معرفته لوصف العلاج للمريض ، ويعد بأنه لن يكتب شيئا يؤذي إنسانا أو غير مشروع ، ولا يعطى لأحد عقارا ساما حتى ولو طلبه ولا يقترح إعطاء هذا العقار للسلام ، ولا يعطى لامرأة ما يجعل على أجهاضها . كما يعد بأنه سيعمل في نقاء وطهارة ، وأنه لن يقوم بأجراء جراحة لشخص حتى ولو كانت حصوة بل سيقوله إلى متخصص . وأنه سيذهب إلى المريض في بيته ليعالجه . ويقسم الطبيب أيضا بأنه سكون ينم عن الفساد والعلاقات الجنسية غير المشروعة . وبأنه لن يبيع سرا عن الأمور التي يشاهدها أو يسمعها عن الناس بل يحتفظ بها لنفسه ويعتبرها سرا غير مسموح بإبلاغه .

وينهى الطبيب القسم بقوله : « ليكرمنى الناس طول حياتي بسببى على إذا ما التزمت بهذا القسم ولم أكرس قاعدة واحدة غيه . ولتصينى الشئد والمعاينة إذا انتهكت قاعدة أو حنثت بالقسم » (١) .

(1) Peter Wingate, Medical Encyclopedia, Penguin Books U.K., 1975, p. 210.

تعتبر أخلاق المهنة أحد ضوابط سلوك من يعملون في مهنة معينة لضمان سلامة الأداء . وفي الماضي كانت المشكلات التي تتعلق بأخلاق المهنة قليلة وكانت التحديات التي تواجه الأخلاق المهنية محدودة ويمكن التغلب عليها أما الآن فقد تعددت المشكلات والظروف التي تؤثر في الأخلاق المهنية حتى أن السلوك المهني أصبح يتأثر اليوم بالمصالح والانتهاكات وغيرها من الظروف . وإذا كل من المفترض أن المجتمع ينتظم حول قيم متسقة ، يبنى بعض الأحيان يتضمن البناء الاجتماعي مواقف صراعية (٢) . ويمكن أن تكون هذه المواقف الصراعية في مجالات عديدة من حياتنا اليومية وهي يمكن أن تؤثر في السلوك المهني ويمكن اعتبارها انتهاكا للأخلاق المهنية .

لقد أوضح عالم الاجتماع أن أخلاق المهنة تتضمن أساساً الحاجات القيم المهنية ويظهر ذلك في السلوك المهني أثناء أداء الدور . ويعرف بارسونز للشخص الذي يعمل في مهنة معينة بأنه الشخص الذي يدخل المهنة ويصرح له بمسئوليتها بناء على :

(أ) كفايته الفنية وليس سماته الاجتماعية الموروثة .

(ب) قدرته على استخدام وتدول ما هو متاح بصفة عامة أكثر من الانبياء الخاصة .

(ج) قدرته على أن يحدد نشاطه في العمل في المجالات التي يكون على كفاءة فيها .

(د) استطاعته تجنب التوتر العاطفي وتحرى الموضوعية في عمله .

(هـ) قدرته على أن يتم مصالحه مرشاه على مصلحته الشخصية .

لقد قدم بارسونز هذه التوقعات المعيارية التي تنطبق على مهنة الطب وغيرها من المهن طالما أنه يعتبر أن الأطباء يسألون غيرهم من الأشخاص الذين يعملون في مهن أخرى . ولكن السؤال السدى يمكن أن يرتبط بمهنة الطب بصفة خاصة هو : إذا كانت مهنة الطب بصفة خاصة يرتبط الانجذاب فيها باعتبارات ترتكز على التفسير الحي ، ألا يجب إذن أن تكون هناك

(2) John Rex, Power, Conflict, Values and Change, in Peter Worsley, Op. Cit., p. 443.

تنظيمات تحدد المهنة لكل من يرتبط بها ؟ لقد تكلم من التنظيم غير التام لبناء مهنة الطب كل من كارستندرز Saunders وويلسون Wilson وباريسونز Parsons عند تناولهم لموضوع طابع العمل المهني . وعلى الرغم من وجود نظام العمل المنظم الذي يجرى بطريقة روتينية فإن ممارسة الطب تتطلب اتخاذ قرارات معتدة . وإذا كان ذلك يتطلب الحذر والاحتياط فإنه في بعض الأحيان يتطلب الجراءة على المخاطرة ، ولهذا فعملية التنظيم لا تكون في هذه المهنة محبوبة تماما . وعلى الرغم من أن الطب يعتبر من المهن التقليدية المستقرة التي ترتبط بالممارسة واسعة النطاق وتركز على وجود كم كبير من المعرفة العلمية التفصيلية ، وعلى الرغم من أن الطب قد وصل أيضا إلى قدر كبير جدا من التأكد من نتائج الإجراءات الطبية عما هو الحال في مهن أخرى ولكن لا يمكن أن ننكر أن هناك كم هائل من الصحة والخطأ والشك . ومع ذلك لم يؤدي هذا إلى خلق ميكانزمات تنظيمية رسمية (٣) . لهذا يبقى الالتزام بأخلاق المهنة هي الوسيلة الأفضل لاستمرار للنسق الطبى في أداء وظائفه بطريقة صحيحة حتى في مجال المسائل الأقل تنظيما .

وسوف نستطيع مناقشة أخلاق المهنة في ممارسة الطب من خلال الموضوعات الآتية :

١٠ الجانب البناء والجانب الهدام في العلم :

إن العلم واللبن الطبى ، مثلها مثل أى جانب من المعرفة والممارسة . يمكن أن يكون لها للوجه البناء كما يمكن أن يكون لها الوجه الضار أو المظلم أيضا . فإذا كان تقدم التكنولوجيا وفنون الهندسة قد تقدم للإنسانية الكثير فإن الحرب النووية ودخان المصانع والمخلفات التي تلوث البيئة هي كلها آثار ضارة على الإنسان . وهي كلها اعتداءات على صحة الإنسان ، وعلى الأطباء وغيرهم من المهنيين بالصحة العامة أن يواجهونها . وقد لوحظ من استعراض تاريخ العلم أن المعرفة العلمية قد استخدمت في بعض الأحيان ضد الإنسان وليس لصالحه . وتشهد على ذلك كل أساليب التفرقة العنصرية التي استخدمت إلى تبريرات تورط فيها علماء كانوا متحيزين في

آرائهم العلمية . كما استخدمت الاكتشافات العلمية أيضا ضد الإنسان وليس في صالحه وليس أدل على ذلك من أنبلة هيروشيما . ولا يخلو تاريخ الطب والممارسة الطبية من بعض النقاط السوداء التي تمثل انهيارا في الأخلاق المهنية .

وعلى ذلك فإن بقاء علم الطب والفن الطبي في خدمة الإنسان ولصالحه يتطلب وعيا وحرصا دائما من القائمين على العلم والفن معا لكي لا تنجر الممارسة وتوجه في بعض الأحيان إلى غير صالح الإنسان . وسوف نعرض في النقاط الآتية لبعض نماذج من هذه الاستخدامات .

※ الجسم الإنساني والشخصية الإنسانية :

لقد تمكن الطب أن يصل اليوم إلى درجة عالية من التقدم استطاع بها أن يعالج أمراض الإنسان اليوم وإن يؤمن صحة الأجيال في المستقبل . ولكن في خضم الاهتمام بإصلاح الجسم ينسى البعض أن الجسم الإنساني الذي يحاولون إصلاحه ليس سوى الجزء المادي المرئي من الشخصية الإنسانية . وعندما ينسون أو يتجاهلون الشخصية الإنسانية صاحبة هذا الجسم المريض فإنهم يكونون قد أسلحوا جانباً واحداً وانفوا جانباً آخر في الإنسان . والأدلة على هذا الالتفاف واضحة تترك في الصور المتعددة للاستهانة بشاعر وأهتلك الشخص المريض . إن إهمال جانب الشخصية يجعل موقف العلاج مشابهاً تماماً لموقف إصلاح السيارة الذي لا يهتم فيه الشخص إلا بتحسين أداء الماكينة لوظيفتها . هذا غير كاف في موقف علاج الإنسان . فورا الجسم المريض شخصية وكيان يفكر ويشعر ويتساقط وينتظر أجابة . ولهذا نال كل يوائف اليوم على أن المعرفة العلمية والكتابة والمهارة في أداء العمل الطبي ليست كافية لممارسة الطب ، نظرية تفهيم الخدبة تعد أمراً أساسياً بالنسبة للمريض . ولعل الكلمات المختصرة التي ذكرها الدكتور يشعلان في هذا الصدد يمكن أن تكون بليغة في تصوير الواقع وتطلباته . فهو يقول : « ذهبت أبحث عن الطبيب الذي كان يوما في الماضي (حكيما) يتعامل مع الإنسان ككل ، ثم أصبح يحكم التخصص يتعامل مع جزء منه فهو جسده دون نفسه وجنتيمه ، بل مع جزئية من جسده دون جسده كله . وأصبحت الخلافة في التخصص تبعد الطبيب عن دور الإنسان وتربيه من دور الحرفي الدقيق السدى لا يمي ما حوله . . ولكن بعد أن ظهرت في الآفاق أمراض مرتبطة بالظروف البيئية التي انعكس تأثيرها على الإنسان وبعد أن ازدادت أعداد ضحايا ضغوط الحياة فإن الأمر يتطلب إعادة النظر وتجاوز التخصص

الى الرؤية الشاملة للصحة علاجاً ووقاية (١) .

❖ مصلحة المجتمع وصالح الفرد :

هناك مشكلة اخرى أكثر ارباكاً وهي أن بعض الاجراءات الطبية التي تبين أنها مفيدة بالنسبة للمجتمع تكون ضارة بالنسبة للفرد . ويتضح هذا من استخدام بعض أنواع اللقاح . فلا شك أن التطعيم ضد الجدري كان فعالاً لدرجة أنه تم القضاء على المرض من بعض مناطق العالم تلياً ، ولكن لقاح الجدري يمكن أن يؤدي الى التصلبات خطيرة في الدماغ *serious encephalities* لدى قليل من الأفراد إذا لم يحط بعناية فائقة . وفي بعض الأحيان تكون الآثار المترتبة على تصميم لقاح ضد مرض معين أكثر من الفوائد التي نجنيها من حصر المرض ذاته . ولهذا يميل البعض الى رفض تصميم اللقاحات . ومع ذلك فهناك تهديد بانتشار المرض إذا لم يتقبل معظم السكان للقاح ضد المرض . وفي حالات أخرى يتوقف الحفاظ على صحة الناس على رغبة أعضاء المجتمع وقبولهم لبعض الاجراءات الطبية التي قد يرون أنها غير منصفة .

ولكن يلاحظ أن المسؤوليات الاخلاقية والمهنية للطبيب لا تنحصر في كسب ثقة المريض كـ شخص ، فان مسؤوليته التي تمتد الى كل المجتمع وكل البشر تجعله في بعض الأحيان يبحث عما هو في صالح المجتمع . وفي بعض الأحيان يتصارع ما هو في صالح المجتمع مع رغبات المريض . فالطبيب لابد أن يحصل على بيانات صحيحة عن الأمراض المعدية وعن الاسباب بها حتى ولو كان ذلك غير نلائم بالنسبة للمريض . ولكن يجب ان نضع في اعتبارنا أنه لا يمكن حل كل المشكلات التي من هذا النوع بسهولة فهناك حشكلات تتعلق بمصلحة الفرد ومراعاه مع المصلحة العامة بحسب حلها ، وعلى سبيل المثال نل انفاذ حياة شخص مصاب بمرض وراثي يمكن أن يؤدي الى وجود أشخاص يملكون من نقص جنسي ، وهذا له تأثيره على المجتمع ، إذ يحمل الجماعة أعباءاً . هذا مجرد مثال يوضح أن علاقة الاخلاق الطبية بالمصلحة العامة صعبة التحديد . وتوجد كثير من المواقف التي تظهر على أنها منعقدة إذا بحثناها من وجهة النظر الاجتماعية والاخلاقية . ولهذا

(١) د . محمد صادق صبور وزملاؤه ، الطب مريخسا ، مكتبة النيل للطبع والنشر ، القاهرة سنة ١٩٨٢ ، ص ١٦٦ .

فإن الأحكام الخاصة بالسلوك المهني في هذه الحالات يجب أن تعتمد على أشخاص لهم خبرة بقاتون الطب وبممارسة الطب أيضا .

❖ الخدمة الطبية لكل المجتمع :

من المألوم لبعض الأفراد أن يسموا من التقدم الذي يحرزها الطب في كل يوم ، ومع ذلك لم يتمكن هذا الطب المتقدم من الوصول إلى كل فرد في المجتمع . ولهذا يمكن أن يكون قد فشل في تحقيق ما يمكن تسميته « باليونيبيا الطبية » . ننتطلب الأخلاق الإنسانية أن تصل نفس الخدمة والامتيازات الطبية للعامل غير المهرة ولعبدى الشركات أو البسوك على السواء . ولكن ثبت أنه مهما كان الدخل القومي مرتفعا ، وبمها كانت المؤسسات الطبية فعالة فإن كثيرا من الخدمات الطبية ظلت وستظل ناقصة لا يمكنها أن تصل إلى كل قطاعات المجتمع ، وهذا ببساطة بسبب نقص الخبرة الفنية ونقص الامكانيات . ولهذا فإن مفهوم المجتمع المنقسم إلى طبقت يرتبط بجمال الخدمة الصحية . ولهذا ما لم تحدث ثورة في امكانيات وتسهيلات الخدمات الطبية بحيث يمكن أن تصل إلى الجميع فإن الأسس الاختلافية التي كانت تسود في الماضي والتي تسود في الحاضر سيماد مبالغتها في ضوء محدودية امكانيات المجتمع التي لا يمكن الهروب منها .

❖ رفع متوسط الأعمار وزيادة الأعباء والضغط :

أدى التقدم في الطب إلى رفع المستوى المعيشي وتحسين الخدمات الصحية ، وهذا أدى بدوره إلى رفع متوسط الأعمار . وهذا أيضا يفتح المجال لمناقشة مسائل تتعلق بأخلاق المهنة . فإن إنقاذ حياة طفل يعانى من عيب وراثي هو عمل انساني من جانب ومصدر للاعساس بالكفاءة المهنية من جانب آخر ، ولكن ذلك يمكن أن يقضن وجود مشكلات صحية في المستقبل كان يمكن أن تختفى في حالة وفاة الطفل الذي تم إنقاذه . وبالمثل فإن الرعاية الصحية لكبار السن والمرضى لابد أن تشمل ارسائنا للخدمات الصحية المخصصة لأولاء الأشخاص والأسرهم وللمجتمع ككل . والموضوع الأكثر ارباكا هو التساؤل حول جدوى حياة انسان لا يعيش سعيدا ولا يجنى عائدا (ماديا كان أو معنويا) من حياته . بل تخلق حياته المريعة مشكلات اجتماعية واقتصادية وتوترات عاطفية بالنسبة له ولأسرته . والنمل على ذلك مرضى الأمراض المستعصية والحالات التي تنترب من الموت ولكن تطول فترة بقائها بين الحياة والموت ، ومرض السرطان الذين يعانون من آلام

مريحة لفترات طول أو تقصر قبل الوفاة . وفي هذه الحالة يكون الأطباء متأكدون من أن الشخص لا يمكن أن يعود إلى حياته الطبيعية ، بل أنه يتألم طول الوقت ، بل أنه يمكن أن يطلب الموت ، وربما يطلبه ذووه ولكن دون أن ينصحوا عن ذلك . . في كل هذه الحالات ماذا يفعل الطبيب ؟ أن الأخلاق المهنية تأمر بأن يبذل الطبيب قصارى جهده لاتقاذ حياة المريض ولكنه أحيانا يرى أنه لا جدوى ويرى - كما يرى غيره - أن إطالة العمر هو إطالة للمتعاب . أن الأخلاق المهنية لا تقوى وحدها على الإجابة على التساؤل العاقل لماذا نفعل كل ذلك ونحن نعرف النتيجة ؟ . وإذا كانت الأخلاق المهنية لا تقوى وحدها على الإجابة فإن المعرفة العلمية تزيد الأمر تعقيدا وتظهر الجهود المبذولة على أنها أعمال غير مبرورة ومحاولات يائسة . ولكن يأتي التراث الثقافي للإنسان ليقدّم تبريرا لهذا العمل ويحل مشكلة الموقف ، ويقدم تفسيراً لبذل الجهد دون يأس وعلى الرغم من أن المعرفة العلمية تؤكد أن الموت مبنوس منه . ذلك أن معتقدات الإنسان ، والإيمان بوجود القوى العليا القادرة على فعل ما لا يستطيعه الإنسان ، القادرة على فعل المعجزة في وقت يحجز فيه جهد البشر عن أن يقدم شيئا ينقذ حياة الإنسان هو العامل الأساسي الذي يدفع الطبيب لبذل أقصى جهده ، وهو الذي يساعد أهل المريض على تقبل وتحمل الأعباء التي توضع عليهم نتيجة استمرار حياة مريضهم ساعة واحدة . وفي حالات كثيرة نال هذه كان هناك توجه في الفكرة العاطفية للطبيب وذوى المريض على السواء . فغالبا يقول لا نعمل لأن علينا والباقي على ربنا . . ومما يزيد الإنسان قدرة على بذل أقصى جهده وتحمل المتاعب في الحالات المزمنة والخطرة هو اعتقاد لدى البشر في أنهم إذا بذلوا ما في وسعهم عمل الله معهم ، وفي أحيان أخرى يبذلون الجهد لكي لا يتحوا بمرصة لثائب الضمير إذا حطفت الوفاة .

تؤدي الجهود المبذولة أيضا مع الحالات التي تعاني من عيوب وجوانب نقص وأمراض لا يمكن التخلص منها إلى زيادة عدد من يحتاجون إلى رعاية وخدمات صحية مركزة وبمسترة . كذلك فإن التقدم الذي أدى إلى جعل حياة الإنسان أكثر سهولة وظل من تعرضه للأمراض قد أضاع من قدرته على التكيف ، وأضعف مقاومة الجسم والمقل للأحداث التي لا يمكن تجنبها ولتحديات الحياة . وإذا كان الطب الحديث يقدم لكل موكود ما يمكنه من أن يستمر في الحياة بصرف النظر عن النقص الذي يعاني منه ، وإذا كان التقدم في المجتمع ظل من تأثير الميوب الوراثية والعجز الجنسي على إنسانية ممبشة الفرد في المجتمع ، فإن تزايد عدد المرضى والمعزة سوف يشكل عبئا اقتصاديا وصحيا يصعب تحمله حتى في المجتمعات المتقدمة والتي أخذت تلجأ هائضا الأهتمام بهذه الفئة من الناس .

المهنة الطبية والمنافسة :

وهذا تاريخ المهن المختلفة إن التلمذة المهنية هي افضل طريق لاجادة الآداء . وعلم الطب بالذات لا يمكن أن يتم التعلم فيه من خلال التلمذة على الكتب ، بل أن التلمذة على ذوى الخبرة هي طريقة للتعلم لا غنى عنها في مجال الطب . لهذا فالطبيب الحديث أو حتى طالب الطب لابد أن يجد له من يحرص على توريثه خبرته ككلمة وبأمانة لكي يظل الفن الطبى محتفظا بمستواه لا يتأثر بغياب الأفراد ، ولكي لا يبدأ كل طبيب من الصفر بالمحاولة والخطأ فمتأخر تقدم العلم . وهذا يحتاج الى تحلى الطبيب صاحب الخبرة بالبرغبة في العطاء دون استعلاء ، ويحتاج ايضا من يتعلم أن يكون مجتهدا في التعلم بتواضعا تواضعا كائنا يجعله يسأل من كل صغيرة وكبيرة حتى يستكمل معرفته الضرورية . وتتلقى اخلاق المهنة الا يضن الطبيب الكبير بخبرته على الصغير كما تقتضى أيضا الا يتجرا الطبيب المبتدىء ويقدم أعمال ليست له خبرة بها أو يعملها دون اشراف الطبيب الكبير . وفي اطر هذه المبادئ والحالات التي يشترك في علاجها الطبيب المبتدىء تكون هي الحالات التي تعلم عنها الكثير بالقراءة والمشاهدة . واشترাকে في هذه الحالة لا يكون بسبب انشغال الطبيب الكبير أو عدم تواجده ، بل يكون هو محاولة جادة للممارسة . ولهذا يجب أن تتم دائما تحت اشراف الطبيب الكبير وليس في غيابه ، وهي تتم بالتدرج أيضا . وقد اتضح أن الأطباء الجدد عندما مارسوا اجراء الجراحات — ولو الصغيرة — دون اشراف جتق من الطبيب الاكبر سببوا اضرارا كثيرة لمن اجريت لهم الجراحات . وعندما ترك الأطباء الذين تخرجوا حديثا في عيادات دون اشراف من كبار الاطباء اضطروا الى أن يكتبوا قائمة أدوية من نوعية مطولة من العلاج لانهم لم يستطيعوا أن يقرروا نوعية المرض بدقة على اسس إن المريض اذا كان مصابا بمرض معين فسوف تعالجه مجموعة الادوية الاولى ، واذا كان مصابا بمرض آخر (يعتبره الطبيب الاحتمال الثانى) فسوف تعالجه مجموعة الادوية الثانية ... وهكذا . وهي محاولة من الطبيب المبتدىء لانتقال الوقت الحرج .

وهناك أحد الوجوه الأخرى للعلاقة بين الأطباء الكبار والشباب المبتئين . ففى بعض البلاد غزا الأطباء الكبار والقداى الأحياء الشعبية بعياداتهم .. بجانب عياداتهم الشهيرة القائمة في الأحياء الراقية الامر الذى أدى الى تضيق فرص العمل في هذه المناطق بالنسبة لصغار الأطباء ، في الوقت الذى تعتبر فيه الأحياء الشهيرة في المراكز والمدن الكبرى منطقة أسلم الصغار . وطبيعى حتى اذا استطاع الطبيب المبتدىء أن يؤسس عيادة في

حي شعبي فإن المرضى عادة ما يفضلون الطبيب المتخصص الذي تضي
سنرات في ممارسة التخصص وخاصة إذا كان من أساتذة الجامعة .

وتوجد ظاهرة مرتبطة بذلك تتعلق بنمو التخصصات في البلاد التالية
وانتشار العلاج الخاص بأجور مرتفعة مما يؤدي بالمستشفيات والعيادات
الخاصة أن تستخدم لخصائيين وتدفع لهم أجورا عالية ، وهذا يزيد من إقبال
الاحصائيين الكبار على العلاج في أماكن لم يكونوا يعملوا فيها من قبل مثل
العيادات الصغيرة والمستوصفات . وهذا يقلل من فرص العمل لأسم
المبتدئين ، نأحيانا لا يجدوا حتى عيادة طبيب يعملون فيها . . وهذا يؤدي
بدوره إلى تقليل فرص التدريب الذي يؤدي في النهاية إلى تقليل الكفاءة .

والواقع أننا لا نقصد من ذلك أن يتخلى كبار الأطباء عن الابتعاد
بخدماتهم إلى هذه المناطق أو المؤسسات الصحية . بل إن الحالات النوعية
تحتاج إلى الاختصاصي الذي مارس العمل على مدى سنوات . ولكن ما
تصدناه هو أن يتم المجتمع كهيئات وأفراد يعملون في مجال الطب بشكل
الأطباء الشباب بحيث تحقق لهم فرصة العمل المكثف في الطب لتحقيق ثلاثة
أهداف : الهدف الأول هو تقديم خدماتهم للمجتمع والهدف الثاني منحهم
الفرصة لزيادة الخبرات والتخصص في فرع من فروع الطب . أما الهدف
الثالث فهو توفير الحياة الكريمة لهم عن طريق إتاحة فرصة العمل المناسبة
ذات العائد المناسب . وسوف يؤدي هذا إلى الحفاظ على الأطباء الذين
أنفق عليهم المجتمع الكثير لتعليمهم داخل إطار دائرة الطب ، إذ أن المعاناة
الحالية مع إتاحة فرص عمل ذات عائد أكثر أغراء في غير مهنة الطب قد
جذبت الأطباء للشباب في بعض المجتمعات ، فخير المجتمع هذه الثروة التي
استمر بعدها عدد كبير من السنوات .

٥٠ التجريب الطبي :

من المعروف أن التجريب على الإنسان هو الإجراء الذي لا مفر منه ولا
غنى عنه لاتقرار إجراء علاجى جديد أو تقرير عقار جديد . فمن المسلم به أن
إجراء التجارب على حيوانات لا يمكن أن يساعد على تطوير الإجراءات
الجراحية والفن الجراحي ، ولا يمكن أن يضمن الفاعلية ويحدد درجة الأمن
عند استخدام عقار جديد . هذا بجانب أن بعض العقاقير التي ثبت صلاحيتها
بالنسبة للحيوان كانت لها آثارها السالبة على الإنسان . وعلى ذلك فإن
أول إنسان يتناول عقارا جديدا يكون هذا الشخص محل تجربة ، كما أن أول
من تجرى له جراحة في القلب يكون محل تجربة ، وهكذا بالنسبة لبقية

الاجراءات والمعايير الحديدة . وقد ادى ادراك هذه الخطورة الى أن نعلو أصوات عديدة داخل المهنة وخارجها تطالب بتأمين حياة من يخضعون للتجارب الطبية . فقد طالب البعض مثلاً انه عندما يختار اى اشخاص للدراسة والبحث والتجريب الطبي لابد من مراعاة ما يأتى :

(أ) أن تضمن اجراءات البحث سلامة حياة الانسان ، والا تعرض أى جانب من صحته للخطر أثناء اتتام الدراسة عليه .

(ب) أن يتم الحصول على موافقة رسمية وحرية من الشخص . ولابد من التأكد من توفر الحرية الكاملة للشخص عند سؤاله بحيث يمكنه أن يوافق أو لا يوافق . وأن يبلغ الشخص بموضوع البحث . وإذا كانت هناك أى درجة من الخطورة فلابد من شرحها له بوضوح . ولابد أن يتأكد من يقوم بالتجربة من أتمام الاختبار الاولى للتجربة وتقييم نتائجها بحيث ترداد الثقة في وجود درجة أمن عالية .

(ج) التأكد من عدم وجود اية محاولة لكرهه الشخص على الموافقة أو تهديد .

(د) ألا تذل الحوائز أو المتبل الذي يقدم الى الشخص اغراء يمكن أن يدفعه الى الموافقة .

(هـ) في حالة الابوين والمتخللين مطلقاً لابد من التأكد من أنهم استطاعوا أن يعرفوا طبيعة التجربة والاجراءات التي سيمرون بها (هـ) .

معنى هذا أن التجريب في الطب يخلق مشكلة أخلاقية تتعلق بالخطورة التي يمكن أن يتعرض لها الشخص محل التجربة ، وتعلق بحقه في أن يرفض أن يكون هو أول من يجرب عليه العقار . والمشكلات الأخلاقية تظهر عندما يجبر انسان على أن يكون محل تجربة لسبب أو لآخر ، كأن يكون فقيراً ويبتلى علاجاً مجانياً ولهذا يرى الأطباء أن التجريب على هذا الشخص يمكن أن يكون مجابلاً للعلاج المجانى . والفقراء ليسوا هم الفئة الوحيدة التي يمكن

-
- (5) Howard-Jones N. and Bankowski Z.: Medical Experimentation and The Protection of Human Rights, Council for International Organizations of Medical Sciences, Geneva, 1979 p. 158.

أن تتعرض لمجربات إجبار. فهناك فئات أخرى عديدة يمكن أن تتعرض لذلك ، ويحكي لنا التاريخ البشرى مثلا مجربات إخضاع المسجونين لتجارب طبية وربما لم تكن لبعضهم حرية الرفض . . على أن المشكلات الأخلاقية التي ترتبط باستخدام المسجونين والفقراء أيسر من تلك المشكلات التي تظهر عند استخدام الأطفال والقصر في مثل هذه التجارب ، ذلك أن الأطفال غير قادرين على الموافقة أو الاعتراض بطريقة واعية . . ولهذا هناك ضرورة لمشاركة الأسرة في تقرير أهمية التجارب وأهمية حماية حياة الطفل وكرامته (٦) .

وتمنى الشروط السابقة أيضا أنه لا يجب أن تجري تجربة على شخص دون الحصول على موافقته ، ودون إعلامه — بأمانة — بكل الاحتمالات قبل الحصول على موافقته . . والواقع أن الاخلاق المهنية تكون كد انتهكت عندما يكون هناك تأكيد من أن المقار الجديد أو العلاج الجراحي الجديد سوف يحدث أضرارا للشخص موضع التجربة ، ومع ذلك يصر الأطباء بالتجربة على إجرائها لجرد التأكيد من أن النتائج التي كان يتوقعها قد حدثت . . ومثل ذلك تجريب لساليب للعقيم يمكن أن تفقد الإنسان القدرة على الانتجاب ، أو تجريب عقاقير يمكن أن تودي بحياة الإنسان أو تسييه بتوترات دائمة أو مؤقتة .

ولا يقتصر الأمر على إجراء التجارب أو البحوث ، ذلك أن المسائل الأخلاقية تمتد إلى جوانب أخرى مثل فحص المرضى وأخذ العينات وإجراء الاستقصاءات الطبية . . في هذه الحالات أيضا يجب أن تمطي للمريض خبرة القبول أو الرفض . . ولا يجب على بلعك طبيب أن يتصور أن المريض عليه أن يقبل بمجرد أنه مريض . . وإذا رفض المريض لا يجنب على الطبيب أن يلجأ إلى أنواع موهبة من التهديد أو التخويف بطريقة رسمية أو غير رسمية :

ويجب أن ندرك أن الصراع بين التقدم الطبى والاخلاق المهنية سوف يظل موجودا في معظم المواقف التي من هذا النوع . . فالطبيب الذى يجرب عقارا جديدا أو يتبع أسلوبا علاجيا مختلفا مما هو متعارف عليه هو بالفعل يجرب على الإنسان ، وهو يمكن أن يكون موضع مساطلة في حالة أحداث أضرار للشخص حتى على الرغم من أن ما اتبعه من أساليب علاجية أو ما

(6) Robert E. Cooke, Ethical Consideration in the Selection and Recruitment of the Children for Research, in Howard Jones and Bankowski, Dp., Cit., pp. 160, 169.

أعطاء المريض من أدوية جديدة كل في رايه — ومن وجهة النظر العلمية —
أفضل ما هو موجود . وعلى الرغم من كل هذا فلا يمكن أن نقر أن يتوقف
التجريب العلمي في مجال الطب . . فهو سبيل تقدم علم علاج الانسان . بل
يجب أن نعي أن الاختراع والتجديد في مجال الطب . . شأنه شأن الاختراع
والتجديد في أى مجال آخر — يتضمن مخاطر لا يمكن التنبؤ ببعضها . ولهذا
فإن انتهاك الطبيب للأخلاق المهنية — والسذى يتطلب في بعض الأحيان
المساءلة — لا يجب أن يقرر إلا في ضوء معرفته وحصيلته للنتائج . فإذا كان
القائم بالتجربة قد حسب حساباته وتأكد من سلامة النتائج ثم اتبع أسلوبا
أخلاقيا سليما في الحصول على موافقة الشخص موضع التجربة فإن الأمور
في هذه الحالة تكون في نصابها . وعلى ذلك فإن التجربة في مجال الطب يجب
أن تستمر ، وعلى المكربين أن يبذلوا جهدا في حساب المخاطر ، فالمجتمعات
يمكن أن تتقدم فقط إذا أمكنها أن تخطو خطوة نحو المخاطرة المحسوبة . وفي
الطب ، كما هو في التكنولوجيا ومختلف الجوانب الأخرى للحياة ، لابد من
اتخاذ الاحتياطات والمحاذير الكافية لاستمرار الحياة ، ولكن التحفظ والحذر
الشديد قد يصيب الحياة بالشلل .

● الطب كجسارة :

يحتاج المجتمع أن يشعر كل من يعمل فيه أنه يؤدي خدمة حتى ولو
تلقى عنها مقابل : وإذا كانت الرغبة في الربح وروح التجارة لا تعيب المجتمع
بأذى شديد إذا سيطرت على من يعملون في مهنة مختلفة فإن سيطرتها على
من يعملون في مهنة الطب والاعمال المتعلقة بها يمكن أن يضر المجتمع ضررا
شديدا . فلا يتصور أن يصبح الباحث عن الصحة زبونا يمكن أن ييساوم
على صحته . وحينما تهر المجتمعات بظروف اقتصادية معينة ترتفع فيها
قيمة التجارة ، وتخفى منها الاخلاق المهنية فتلوث بالوان الاستغلال المختلفة
يتعرض العاملون في المهن الطبية — وخاصة الأطباء — للعدوى التي ترحف
اليهم ربما دون أن يدروا . ويتضح ذلك على وجه الخصوص في مجال العلاج
الخاص سواء كان في العيادات أو المستشفيات الخاصة أو بطرق أخرى .
نفى بعض المجتمعات النابية وحل مقابل الفحص الطبي عند الاختصاصيين إلى
ما يفوق قدرة معظم أفراد المجتمع على الدفع ، أما العلاج فقد يرهق ميزانية
الأسرة كلها ، وإذا احتاج الأمر لإجراء جراحة في مستشفى خاص أو عيادة
خاصة فإن التكلفة يمكن أن تكون معجزة تملأ وتصبح الاستدانة هي الحل
الوحيد أمام الأسر متوسطة الحال . وتصبح هذه المشكلة مركبة وتتردد
الحكايات ويكثر الكلام فيها عندما يكون نظام العلاج المجاني غير قادر على
الوفاء بالاحتياجات الصحية لعامة أفراد المجتمع . في هذه الحالة يكون العلاج

موجوداً في المجتمع لكنه ليس في متناوله اليد . والآثار التي تنتج عن ذلك تتعلق بمستويات الصحة العامة في المجتمع وتنتقل أيضاً بأحسنى الأفراد بعدم الأمن وهم سيثيرون بالقلق خوفاً من حدوث ما يتطلب في المستقبل بما لا طاقة لهم به .

والأمر في هذه الحالة يحتاج إلى ترشيح ذاتي من قبل الأشخاص الذين يتلقون مقابل ما يادي للخدمات الصحية التي يقدمونها ، ويحتاج أيضاً إلى حلول مجتمعية تقوم بها جهاعات أو أفراد أو مؤسسات . ولعل نظم التأمين الصحي للعاملين في الشركات والمؤسسات ، والمستوصفات والمستشفيات التي أنشأتها هيئات أهلية أو دينية تطوعية تقوم بالفحص وتقدم العلاج بسعر رمزي أو بالجان هي كلها محاولات للتغلب على ارتفاع سعر الخدمة الطبية . غير أن الأمر لا يجب أن يتوقف عند حد جهد الهيئات والمؤسسات . فالأطباء وغيرهم من مقدمي الخدمة الصحية يمكن أن يبتكروا في أساليب تجعل خدماتهم تصل للفرد المادي فالبعض خصص يوماً من أيام الأسبوع للكشف بالجلن ، والبعض الآخر رد للمريض مقابل الكشف عنديا علم بمسوء حالته المالية ، وقد كان لذلك تأثيراً إيجابياً على المريض فخرج يحكى للناس نبيل وكرم الطبيب تماماً كما خرج غيره يحكى عن المعاملة المادية الصارفة . موافق معينة (خاصة في المستشفيات الخاصة) . ويحكى عن حالة كانت تتطلب نظرة إنسانية أكثر مما تتطلب الحساب بالورقة والظلم .

إننا نشكر أن الأمر لا يمكن أن يناقش بهذه البساطة ، وهناك تساؤلات وآراء واعتراضات تطرح عنديا نثير موضوع سعر العلاج ، أحدها هو مايتولى البعض من أنهم إذا قللوا من سعر الفحص الطبي نسوف تتزايد عليهم أعداد من المرضى لا يمكن لساعات اليوم كاملة أن تكفى للحصص . وأنهم برنح سعر الفحص يتيحون الفرصة لمن هم أقل منهم بمستوى وخبرة أن يأخذوا جالهم بتولير عدد من المرضى لابد أن يلجأ إليهم . وهي كلها آراء جدية بالاعتبار والمناقشة . ولكن من وجهة نظر أخلاق المهنة نرى أن أحد الحلول هي أن يبني الطبيب ومقدم الخدمة في التفكير في أن هذا العمل إنساني بالدرجة الأولى وفي هذه الحالة سوف يجد المجال الذي يحقق فيه الجانب الإنساني . ويتطلب فيه على مغريات الربح ، ويلتزم فيه بأخلاق المهنة ، والدليل على أهمية وفاعلية هذا المستوى من الحلول هو أن هناك أطباء مارسوا تقديم الخدمة بالقليل من المقابل المادي عنديا أحسوا أن الموقف يتطلب ذلك ، وهؤلاء أصبح معروفاً عن كل منهم أنه « طبيب وإنسان » على الرغم من أنه في معظم الأحوال يتقاضى اجرا .

ويشمل بهذا الموضوع مشكلة أخلاقية أخرى تتعلق بالمسئولة وتتمثل

بموضوع صرف الأدوية . ففى المجتمعات التى لا توضع فيها قيود صارمة على صرف الأدوية يمكن لبعض الناس أن يتجاهلوا لدوية تكون ضارة بصحتهم . فبينما نجد أن بعض المجتمعات قد منعت صرف أى دواء الا بروشتة طبيب نجد أن مجتمعات أخرى قلقت من هذه القيود بحيث حظرت صرف أدوية معينة الا بأمر طبي وتركت بقية الأدوية والعقاقير تصرف دون التتيد بالأمر الطبي . وفى هذه الحالة يحدث ما يأتى : فى بعض الأحيان يطلب المريض أحد الأدوية أو العقاقير — خاصة للمسكنات — . ويسكر استخدامها دون ارشاد طبيب ، ويصبح تعامله مباشرة مع الصيدلى . ومن المعروف أن ذلك يمكن أن يكون ضارا بالصحة . . ويقدم على ذلك الأشخاص الذين يمكن أن نطلق عليهم « نصف المتقنين . » الذين تكون لديهم بعض المعلومات الطبية وفى جوئها يقررون لأنفسهم العلاج أو يكررونه أو يستخدمون علاجاً تم تقريره . لمريض آخر ويعتقدون أنهم ماداموا قد أجسوا بنفس الآلام أو عانوا من نفس الأعراض فإن هذا العلاج يمكن أن يكون علاجاً مفيداً لهم . بالإضافة إلى ذلك يتعود بعض المرضى على تعاملهم مسكنات للآلام بسبب تأجيلهم لزيارة الطبيب أو بسبب رغبتهم فى الهروب من اجراء الجراحات . وفى كل هذه الحالات على الصيدلى أن يكون حذراً من بيع أنواع معينة من المسكنات والعقاقير خاصة أنه يمكن أن يلاحظ تكرار طلب نفس الدواء من شخص معين . وإذا كنا ندرك أنه فى ظل الظروف الحالية فى مجتمعاتنا لا يمكن للصيدلى أن يخصص كل حالة ويتكلم مع كل شخص يطلب دواء دون روثة طبيب فإن قدراً من الاهتمام سوف يمكنه من أن يقدم النصيحة والمشورة للأشخاص الذين يطلبون أدوية قد تكون لها آثارها الضارة عليهم ، على الأقل بالتنحيز من كثرة استخدامها . ولكن يحتاج حل هذا الأمر بصفة عامة إلى اجراء مجتمعى تبادىء به نقابة المهن الطبية لاستصدار القوانين التى تنقذ من تداول الدواء دون روثة طبيب .

والمشكلة الأكثر خطورة والمتعلقة أيضاً بصرف الدواء هو تعامل بعض الأفراد للعقاقير كبدائل للخدرات . خاصة فى الحالات التى يرتفع فيها سعر المخدرات التقليدية — مثل الحشيش والامبيون — أو فى الحالة التى يميز فيها الفرد بسبب انخفاض مستواه المادى عن أن يشتري المخدر أو الضور . وقد حدث ذلك بالفعل ، ففى بعض المجتمعات ارتفع سعر الحشيش والامبيون فلجأ الأفراد الذين يدمنون المخدرات الى تعاملهم جرعات كبيرة من أدوية بها نسبة مخدرات . كذلك فإن بعض الفتيان والمراهقين الذين لا يمكنهم ما يملكونه من نقود من شراء المخدرات قد لجأوا بالفعل الى شراء أدوية بها نسبة من مخدر — وخاصة أدوية الكحة — وتعالطو كميئات كبيرة منها فى الجرعة الواحدة . أما من لم يستطيعوا شراء الضور والمسكرات

نقد لجأوا الى طلب « الكحول » ، وخاصة « الكحول الأبيض » من الصيدليات .

وعلى الرغم من أن هذه المشكلة هي مشكلة اجتماعية بمسئولية أساسية تتعلق بالانحراف في المجتمع ، إلا أنها تصبح مشكلة متصلة بالأخلاق المهنية للصيدلي عندما ننظر الى موقف الصيدلي من كسل ذلك . فالصيدلي لديه قواعد تتعلق ببيع المخدرات وهذه القواعد يجب أن تتبع وأى استثناء في هذا يعتبر انتهاكا لأخلاق المهنة . بالإضافة الى ذلك فإن الصيدلي المحنك والحريص على مهنته وعلى صالح الناس في نفس الوقت يستطيع أن يعرف من طريقة طلب الشخص للدواء ومن تكرار طلبه له أشياء تتعلق بأغراض استخدام الدواء . وهو بخبرته المهنية يمكن أن يعرف لماذا يطلب دواء بعينه بالذات مرات عديدة ، وهو انطلاقا من حقه في أن يتسائل عن أسباب طلب دواء معين يمكن أن يصل الى السبب الحقيقي وراء طلب الدواء . وفي هذه الحالة يجب على الصيدلي أن يمتنع عن البيع إذا شك في أمراض الاستخدام حتى ولو كان البيع فيه الكثير من الربح . كذلك على الصيدلي ألا يعطي معلومات لمن يتسائلون عن أنواع الأدوية المخدرة وتأثيرها ومدى ضررها لأن البعض يسأل عنها لأدى صيدلي ، وحتى حصل على المعلومات الكتابية التي تذكر له وجود تأثير مخدر أو منوم لدواء معين دون أن يحدث ضررا أو يؤدي للوفاة فإنه يذهب ويشتريه من مكان آخر لازالة الشك من عند الصيدلي الأول . أما هذا الصيدلي الذي يمكن أن يبيع مخدرا بشئ مرتفع عن نفسه الحقيقي وهو يعرف أنه سيعطي لشخص مدمن ، أو من يتكاسل عن أسداء النصيح في الصور المتعددة لتعاطي المخدرات ، أو من يتكاسل عن أسداء النصيح والامتناع عن البيع في حالة شك في طلب الدواء فإنه يساعد على زيادة نسبة الانحراف في المجتمع ، وهو بهذا يضرب بأخلاق مهنته مرض الحائط .

التغير الاجتماعي والأخلاق المهنية :

عندما تحدث تغيرات في المجتمع تتطلب أخلاق المهنة أكثر من مجرد المتخصص عليه والمتعارف عليه كالأخلاق مهنية في وقت سابق . كذلك تتطلب أكثر من مجرد الاجراء الطبي إذ تحتاج الى ابتداء الرأي وأسداء النصيح وأحيانا تتطلب الامتناع عن الاجراء الطبي إذا كان الاجراء غير قانوني . والمثال الذي يمكن أن تأخذه من المجتمعات النامية هو أنه في حالة تمييز المجتمع من مجتمع ريفي تقليدي الى مجتمع صناعي ، وفي حالة اتجاه المجتمع نحو التعليم ووجود أزمات اقتصادية أحيانا تحتاج المجتمع أزمات أخلاقية تنبع من تأخر من الزواج وتنشأ عادات أخلاقية مدمرة . . في هذه الأحوال

وإذا كان المجتمع لم يتخلص منها من تقاليده وقيمه الريفية وخاصة المتعلقة بالشرف وعفة الفتاة قبل الزواج ، لا يزال هذه الظروف المتأرجحة بين التقليدية والتغير والانحياز الأخلاقي تحدث العلاقات الجنسية غير المشروعة وتحدث أيضا حالات حمل خارج الزواج . ولكن يحل جزء من المشكلة يجب في أحوال كثيرة حدوث إجراء طبي . ومن الطبيعي أن يضع ذلك أعباء على الأطباء الذين يكونون في هذه الحالة في موقف حرج بين ضرورة التمسك بعدم القيام بأي عمل لا يقره القانون وبين حاجة الناس إلى ستر العار أو التخلص من آثار اتصال جنسي غير مشروع .

ولا شك أن هذا الموقف يضع الطبيب في حيرة ، ومعظم الأطباء يرفضون إجراء العملية استنادا إلى تحريم القانون لها ، ويرفض البعض الآخر خوفا من المسؤولية . ولكن وجد في مجتمعات معينة من يقومون بهذا العمل في سرية مطمئنين إلى أن أصحاب المشكلة لن يضيعوا سرا لأن ذلك يمكن أن يجلب عليهم مقابيل قبل أن يصيب أي شخص آخر بالضرر .

وما نود أن نناقشه هنا هو أن الطبيب — سواء تقدم على العمل أو اعتذر عن أدائه — تدور في ذهنه أفكار تتعلق بإخلاق مهنته كما يكون في موقف جذب من طرفين متقابلين . فهو إذا قبل هذا العمل فيمكن أن يشعر أنه يفعل شيئا مهربا قانونا ، وهو بقباله بالعملية لحل هذه المشكلة يمكن أن يسهم في الانحياز الأخلاقي الذي يمكن لخبرائها أن تسلك نفس الطريق مادام الحل موجودا .. وسهلا .. ولا يكلف إلا المال . يضاف إلى ذلك أنه يمكن أن يشعر بأنه مشارك في الخداع خاصة وأن البعض يجري عملية الترتيب قبل الزواج بأيام قليلة ، ويعلم أن ما يفعله هو الخداع ليس أكثر . وهو إذا رفض إجراء العملية فهو يمكن أن يشعر أن مصائب سوف تحل بفتاة ربما لم تكن تلك الرفض . أو أنها كانت في موقف وغرر بها أحد الأشخاص ، أو لم الاعتماد عليها بالقوة . وأنها ستدفع — نتيجة عدم تدخله — ثمنا غاليا لهذا ، وهي لن تدفعه وحدها بل يمكن أن تدفعه أسرته معها . والبعض يمكن أن يقول « إذا كان ما حدث قد حدث .. فلماذا لا نحل المشكلة ؟ وهل الموت والموت أفضل من إجراء طبي بسيط لا يؤخر ولا يقدم ؟ » .. ولكن يتألبهم الصراع عندما يشعروا بأنهم قد يصابوا — كما سبق وذكرنا — بتسهيل هذا الإجراء الطبي في فتح الطريق أمام تكرار هذه الحالات .

إن هذه المشكلات مرتبطة بتغيرات اجتماعية واقتصادية وتربوية في المجتمع الحضري على وجه الخصوص . وعندما كان المجتمع ريفيا خالصا لم يكن هذا النوع من المشكلات يظهر لأن المجتمع كان تقليديا محمدا لعلاقة الجنسين ببعضهما بجانب أن الشباب الدافع الجنسي كان يتم على وجهه

مشروع بمجرد أن يشعر الفرد بالحاجة بفضل نظام الزواج المبكر ، بل أنه يمكن أن يتم قبل البلوغ أيضا . وقد كان لهذا المجتمع مشكلاته التي تتصل بإخلاقيات مهنة الطب أيضا إذ يطلب من الأطباء تحرير شهادات سنين يقرر فيها الطبيب بلوغ الفتاة السن القانونية للزواج وهي لم تبلغه . إما عندما يتغير ويتطور المجتمع فتظهر فيه مشكلات أخرى تتصل أيضا بالمهنة وأخلاقتها مثل تلك التي ذكرناها . ويجب أن نلاحظ أن التغير في حد ذاته ليس هو العامل للمشكلة ، بل أن بقاء جوانب من حياة الجماعة تقليدية أو تخلف الجانب الأخلاقي هو الذي يحدث المشكلة . فالمجتمع الذي أباح الاختلاط وخرجت فيه المرأة للعمل وخلع عنه بعض تقاليد التعامل بين الجنسين ، إذا لم يستطع أن يرتقي بمستوى الأخلاق وظلت في نفس الوقت بعض الجوانب التقليدية ، في هذه الحالة تحدث المشكلات التي نهند أثارها في المجال الطبي . ولا يصح في هذه الحالة موقف الطبيب هو موقف شخص يمتلك فنا جراحيا ، ولكنه موقف شخص بيده اتخاذ القرار في المشكلات الاجتماعية التي توجد في مجتمعه ، ويتوقف على القرار الذي يتخذه والسلوك الذي سيسلكه بناء على هذا القرار اعتبارات كثيرة خاصة بالمجتمع . وهذا يزيد من أهمية دور الطبيب في المجتمع ، ويجعل منه دورا اجتماعيا لا مهنيا فقط .

ويلاحظ أن اتخاذ القرار في مشكلة مثل تلك المشكلة التي ذكرناها يعتبر أمرا شائكا محتمل إذا استجاب الطبيب لنداء الرحمة وحل المشكلة فانه لا يمكن أن يعنى من خطأ انتهاكه لقاعدة قانونية أخلاقية . أما إذا وجد طبيب يقدم على هذا العمل متناضيا عن التحريم القانوني ، ثم يطلب مجرا باهظا للعمل مستغلا بذلك الظروف الصعبة التي يمر بها الناس ومستغلا أن غيره لن يقدم على هذا العمل فانه بذلك يكون قد وضع أخلاقه المهنية تحت حذائه .

وهناك أيضا دور للطبيب في مشكلات أخرى مثل « الختان » وخاصة الصور العادة لختان البنات . . وتتطلب الأخلاق المهنية أن يسهم الطبيب بالرأى ويستمع للناس لكي يتعلموا عن بعض هذه الممارسات التي يقدمون عليها زما بجهل .

وهناك جانب آخر لأخلاقيات مهنة الطب يتعلق بالتغيرات التي تحدث في المجتمع ، وهو العلاقة بين الجنسين ، ذلك أن الطبيب الشاب يعمل مع زميلات ومع فريق طبي من الممرضات كما أنه يتعامل مع مرضى من غير جنسه ، وكل هذا يتطلب أن يتعلم كيف يضع الحدود بينه وبين من يتعامل معهم وكيف يلتزم بالعلاقة المهنية دون الدخول في علاقات تؤثر على أدائه لعمله أو على قدرته على التعامل الطبيعي مع كل أفراد الفريق الذي يعمل معه . ويلاحظ

أنه لا يمكن للجانب القانوني أن يحسم كل العلاقات التي يرى المجتمع - من واقع الالتزام بمعايير أخلاقية معينة - أنها علاقات مرفوضة . لهذا يجب أن يتقرب الشخص على أن يدرك دائما الفارق بين السائق وغير السائق اجتماعيا ، ويحدد اللائقي وغير اللائقي معايير اجتماعية ثقافية بحيث لا تدخل بطلاناً في نطاق التحديدات القانونية . على أن التزام الطبيب في ممارسته بما هو لائق لا يمكن أن يبدأ مع بداية ممارسته لمهنة الطب ، لكنه يبدأ مع بداية دراسته في علاقاته مع زملاء الدراسة ، وفي نظراته لمرضاة أثناء فحصهم ، وفي رفضه للتعليقات غير اللائقة التي قد يبدونها أحد الزملاء على مريض أو مريضة وهو عارى الجسم أو في أى وضع من أوضاع الفحص أو العلاج . ونظراً لأهمية هذا الجانب فقد تناولوه بعض الأطباء في كتاباتهم مؤكدين على أن قدراً كبيراً من الالتزام فيه يعتبر أمراً ضرورياً لاستمرار ممارسة المهنة بطريقة سوية (٧) .



أن حناقضة موضوع أخلاق المهنة في الطب على وجه الخصوص يثير مشكلات وتساؤلات بعضها يمكن الإجابة عليه بسهولة ، وبعضها الآخر من التعميد بحيث يصعب الإجابة عليه . ولكن يمكن أن نقول أن حل معظم المشكلات الأخلاقية يتطلب عملاً على ثلاث مستويات : مستوى الطبيب الفرد أو الشخص الذي يقدم خدمة صحية ، ومستوى نقابة المهن الطبية ثم مستوى المجتمع ككل . فالطبيب الذي يعمل في مستشفى أو عيادة أو وحدة صحية سواء في الريف أو الصحراء يمكن أن يمثل بملوكه شخصاً يقدم الخدمة بطريقة إنسانية ، ويمكن بتفكيره نياً هو لصالح الناس أن يفكر في مشكلاتهم ويتوهم بعمله على أرفع مستوى . وعلى سبيل المثال فإن الطبيب الذي يعمل في منطقة صحراوية يعرف بخبرته الطبية أن زواج الأقارب له آثاره على صحة الإنسان ، لذا كل المجتمع الذي يوجد فيه يمارس زواج الأقارب كعادة عرقية (عند بدو الصحراء الغربية البنت مخطوبة لابن عمها بالبلد) فانه يكون قد أدى دوره على أكمل وجه إذا هو قدم النصيحة للناس ولفت نظرهم للمضار التي يمكن أن تحدث من استمرار الزواج من داخل لأطوار الأسرى الضيق . وهذا يتطلب تفكيراً اجتماعياً طبياً من نفس الوقت . ولهذا فإن تأهيل اجتماعياً مبسطاً وإحساساً بالانتماء للمجاعة التي

(٧) انظر على سبيل المثال الجزء المعنون « مزالق الأخلاق » في كتاب الدكتور نجيب محفوظ ، حياة طبيب ، دار المعارف ، مصر ، الطبعة الثانية سنة ١٩٦٦ ، ص ٥٧ - ٦٤ .

يعمل من أجلها الطبيب لأزمن - يجلب التأهيل الطبي - لإداء عمله على كمال وجه .

أما المستوى الثانى فهو نقابات المهن الطبية وهذه يأتى دورها فى تنظيم الأعمال التى يقوم بها كل من يعمل فى الخدمة الصحية بطريقة تساعد على الحفاظ - من خلال القواعد واللوائح والتنظيـمات - على الممارسة الطبية بعيدة عن الأخطاء - والاستغلال وغيره . أما مستوى المجتمع فنحن فى حاجة اليه فى حالة الحاجة الى توجيهات عامة فى المجتمع ، ولرفع المستوى الصحى عن طريق عمليات التثقيف الصحى والضبط والتوعية ضد الانحرافات التى يمكن أن تحدث فى هذا المجال . والمجالات الثلاثة لابد أن تعمل معا .

والسؤال الذى يمكن أن يطرح ونحن نناقش موضوع أخلاق المهنة هو هل تتغير أخلاق المهنة بتغير المجتمع وتغير الظروف ؟ أم لا ؟ إن تغير المجتمع يمكن أن يستحدث ظروفًا ومشكلات جديدة لها علاقة بأخلاق المهنة ، وهذه يمكن التصرف فيها والتعرف على كيفية معالجتها من خلال الفروع العلمية للأخلاق المهنية السائدة ومن خلال قواعد مهنية موجودة بالفعل وتعالج مواقف مشابهة . وبعض هذه المشكلات تتطلب مناقشة للوصول إلى رأى فيما يجب أن يحدث فى مواقف مماثلة ، وبعد ذلك تصبح القاعدة التى يتفق عليها بناء على هذا الرأى جزءًا من بناء أخلاق المهنة . أما أننا نتخلى عن قاعدة أخلاقية معينة ثم الاتفاق عليها والتسليم بها نتيجة ظروف نمر بها ، أو نتيجة عوامل مؤقتة تدعى أنها تحتم التخلي عن قاعدة من القواعد ، فهذا ما لا يمكن قبوله .



الفصل التاسع

البناء الاجتماعي

والصحة والمرض

لا يمكن لنا أن نفهم علاقة الطب بالمجتمع أو علاقة الصحة والمرض بالأبعاد الاجتماعية بعيداً عن الوعي بمفهوم البناء الاجتماعي الذي استخدمه علماء الاجتماع وأوضحوا معناه وبنائمه منذ بداية اشتغالهم بهذا العلم . ويشير هذا المفهوم إلى تنظيم متميز لنظم اجتماعية متخصصة ومعتمد بعضها على بعض اعتماداً متبادلاً . وتتطور هذه النظم بشكل طبيعي نتيجة للوتائع الاجتماعية السائدة في المجتمع ونتيجة لتفاعل أنواع الظواهر الاجتماعية بعضها مع بعض . فالبناء الاجتماعي يضم النظم الاقتصادية والسياسية والعائلية والقرابية والدينية . وهي في حالة تفاعل مع بعضها يؤثر بعضها في البعض الآخر وتسود بينها ظاهرة الاعتماد المتبادل (١) .

ويتضمن البناء الاجتماعي علاقات أسلسية تنشأ عن وجود النسق الطبقي وعضوية الجماعة الدائمة وجماعات العمر أو الجماعات العرقية أو النسل القرايبي . وقد ميز ريموند نيرث بين البناء الاجتماعي والتنظيم الاجتماعي ، فمصطلح التنظيم الاجتماعي يشير إلى الاختيارات والقرارات المصنفة في العلاقات الاجتماعية الجوهرية بينما يشير بمصطلح البناء الاجتماعي إلى العلاقات الجوهرية التي تعطي للمجتمع صورته الأساسية والتي تحدد جريعات الفعل الاجتماعي (٢) .

(١) معجم العلوم الاجتماعية ، اعداد نخبة من الاساتذة المصريين والعرب المتخصصين ، تصدير ونواعة الدكتور ابراهيم مذكور ، الهيئة العامة للكتاب . القاهرة سنة ١٩٧٥ ، ص ٩٩ .
(٢) د. عاطف غيث ، تابوس علم الاجتماع ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، سنة ١٩٧٩ ، ص ٤٤٤ .

ولكى نوضح العلاقة بين البناء الاجتماعى والصحة والمرض سوف نحاول أن نشرح كيف تتأثر الظواهر الصحية ببعض أبعاد ومكونات البناء الاجتماعى ، إذ يصعب أن نحيط هنا بكل أبعاد البناء الاجتماعى فى هذا الإطار المحدود

الطبقة الاجتماعية والصحة :

يتضمن مفهوم الطبقة الاجتماعية معنى التدرج . ويفضل المشتغلون بعلم الاجتماع استخدام مفهوم الطبقات عن استخدام مفهوم الطوائف المخلقة إذ أن الأول أكثر تعميماً عن التداخل والحراك الاجتماعى بين ثنائى المجتمع . وتتكون الطبقة الاجتماعية من مجموعة من الناس يتساوون تقريباً فى الدخل والثروة والمكانة الاجتماعية . وتدل كلمة طبقة فى معنى أكثر تحديداً على من يجهنهم وضع مشترك بالنسبة للكيان الاقتصادى مثل طبقة العمل أو طبقة البرجوازية أو طبقة الرأسمالية . وتعتبر كلمة الطبقة فى الاصطلاح الماركسى من الأشكال الأساسية ذات الصلة بوسائل الإنتاج ، والطبقة الرأسمالية هى التى تتحكم فى أدوات الإنتاج ، أما الطبقة العاملة فاتها لا تلك القوة أفرعها .

وهناك معنى خاص وضيق للطبقة الاجتماعية يشير الى الأسر أو الأفراد الذين يتبعون بمستوى واحد من النموذ يفوله لهم مركزهم فى المجتمع . ويفرق ماكس فيبر بين « الطبقة » من حيث أنها تشير الى الوضع الاقتصادى وبين « الطبقة الاجتماعية » من حيث أنها تؤكد معنى النموذ وأسلوب الحياة والتداخل الوثيق بين عناصرها . غير أن علماء الاجتماع لا يؤيدون هذه التفرقة الصارمة ، وقد أصبحت كلمة « طبقة » و « طبقة اجتماعية » تحل كل منهما محل الأخرى للدلالة على وضع معين فى المجتمع لفئة من الناس يجمعهم أسلوب واحد فى الحياة ومواقف وعقائد واحدة نحو أنفسهم ونحو المجتمع (١) .

حينما نأتى لبحث العلاقة بين الصحة والطبقة نجد أن مصطلح الصحة يعتبر مصطلحاً يتصف بالغموض ، ولهذا يصعب وجود أسلوب جيد لقياسها . فلا يمكن الاعتماد على سجلات الأطباء لأن التشخيص يمكن أن يختلف من طبيب الى آخر ، كما أن بعض الأطباء لا يحتفظون بسجلات للمرضى . بالإضافة الى أنه ليس كل المرضى يذهبون الى الأطباء . كذلك لا يمكن الاعتماد

(٢) معجم العلوم الاجتماعى ، مرجع سابق ، ص ٣٦٢ ، ٣٦٤ .

على الشخص المريض نفسه (التقارير الذاتية) بسبب أن الناس يتفاوتون في تأويل أمراض الأمراض التي يعانون منها . وبالمثل فإن استخدام معدلات الوفيات على الرغم من تفضيلها لكنها لا يمكن أن نطلعنا على المستوى الصحي لأن الطبيب منسحب يفحص الشخص المتوفى عادة ما لا يعكس لنا أمراضا كان الشخص المتوفى مصابا بها مثل الإحباط والالتهاب الرئوى ، تلك الأمراض التي نادرا ما تسبب الوفاة .

ونظرا لأن احصاءات الوفيات متاحة فقد استخدمت على نطاق واسع لتوضيح العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والصحة وتبين من هذه الدراسات وجود اختلافات في معدلات الوفيات بين الطبقات المختلفة .

وبصفة عامة فإن العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والصحة تتضح عندما تفكر في أن كلا المرض والوفاة لا ينتشران بصورة عشوائية بين الناس . ويتشظى عدم المساواة أو اختلاف الناس في الصحة مع اختلافهم في مستوى المعيشة .

ويجب ونحن نناقش موضوع الطبقة أن نذكر ما يأتى :

١ - أن تقرير وجود علاقة بين الصحة والطبقة لا يعنى توضيح اتجاه العلاقة السببية (الطبقة الاجتماعية تحدد الصحة / الصحة تحدد الطبقة الاجتماعية) . لذلك بعد أن نقرر وجود العلاقة يجب أن نتصرف على اتجاهها .

٢ - أن مفهوم الطبقة الاجتماعية يشير إلى العديد من التباينات الاجتماعية ذات العلاقات المتبادلة فيما بينها ، لذلك فإذا أردنا أن نحدد علاقة بين الطبقة الاجتماعية والصحة لابد أن نحدد أى مظهر من مظاهر الطبقة الاجتماعية هو المسئول من هذه الاختلافات (٤) .

ومن الموضوعات التي درسها علماء الاجتماع ضمن إطار اهتمامهم بالطبقة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة موضوع أمراض الأغنياء وأمراض الفقراء . فيمكن أن تكون أمراض الثريان التاجى من حيث انتشارها وتوزيعها بين الشرائح الاجتماعية المختلفة مثلا جليا يوضح لنا كيفية استخدام متغير

(4) David Blane, Inequality and Social Class, in Sociology as Applied Medicine, Op. Cit., pp. 117-123.

الطبقة في دراسة الأمراض . نتوضح الإحصاءات في الولايات المتحدة وانجلترا أن تلك حالات الوفاة تحدث بسبب أمراض الشريان التاجي : وأن ثلثي من يسابون بأمراض القلب يموتون في المراتع في ثلث العمر المتوسطة وينتمون الى الطبقات العليا . وقد أشار وليام أوسلر William Osler الى أن الإصابة بالنوبة الصدرية (وهو الألم الذي يحدث نتيجة نقص دفع الدم الى عضلة القلب) آتى من تأثير عوامل تحيط بمن يعيشون في الطبقات العليا (٥) .

وقد أظهرت الدراسات أن هناك علاقة بين الزيادة في أعداد رخص قيادة السيارات وحياة التلفزيونات وأجهزة الراديو وبين الزيادة في نسبة الوفيات المنسوبة من أمراض الشريان التاجي . وتعد العلاقة بين الطبقة والمرضى واضحة بهذه الصورة إذ أن ملكية السيارات وملكية الأجهزة السابق ذكرها ترتبط بالنمط العام لحياة مثل هذه الطبقات . كذلك هناك أمراضا ترتبط بالفقر ، فقد دلت البحوث على أن ارتفاع نسبة وفيات الأطفال توجد بين الطبقات الدنيا إذا ما تم مقارنتها بنفس النسبة لدى الطبقات العليا . فقد دلت كثير من الأطفال بسبب التهابات الجهاز الهضمي وبسبب الأمراض الوبائية التي تصيب الأطفال . وقد انتشرت أمراض أخرى لدى الفقراء في ثلثات السن المختلفة ، فقد دلت إحصاءات الوفيات أن معظم حالات الوفيات بين الفقراء كانت متسببة عن الأمراض المتوطنة والأمراض المعدية والتهاب الشعب الهوائية والالتهاب الرئوي والسل وأمراض القلب الروماتيزمية ، والقرحة وسرطان المعدة والعديد من الأمراض الأخرى (٦) .

ومن الطبيعي أن ينتشر هذه الأمراض بين الفقراء تد ارتباط بالظروف المعيشية السيئة ، وسوء التغذية ، وأعمال توفير الظروف الصحية المناسبة مثل التهوية وتوفير المياه الصالحة للشرب ... الخ . وعلى الرغم من أن هناك اعتراض بأن الطبقات الفقيرة سوف تتخفف لديها نسبة الإصابة بالأمراض نتيجة أن المجتمع سوف يتجه بخدماته الصحية الى هذه الطبقات التي يزداد بينها انتشار الأمراض . ولكن تحقيق هذا الفرض بدأ أمرا صعبا حتى في الدول المتقدمة . فلم يحدث التساوى في توزيع الأمراض بين الأغنياء والفقراء على الرغم من انحسار دائرة الفقر ووصول الخدمات المجانية الى كل قطاعات المجتمع . فقد تناقصت مثلا نسبة وفيات الأطفال لدى الطبقات

(5) Bussier M.W. and Watson W. Op Cit, pp. 130, 131

(٦) المرجع السابق ، نفس الصفحة .

المختلة وبالتالي لم يتم سد الفجوة بين هذه النسبة بين الأغنياء والفقراء (٧) .

المهنة والصحة :

يهتم علم الاجتماع بدراسة المهن ، وقد نمت وتطورت الدراسات في هذا المجال حتى ظهرت الدراسات في شكل فرع من فروع علم الاجتماع يسمى « علم الاجتماع المهني » . وهو يهتم بعلاقة البناء المهني بقطاعات أخرى من البناء الاجتماعي مثل الأسرة والاقتصاد والنسق الطبقي والنسق السياسي ونسق التدرج . وتتركز موضوعات علم اجتماع المهن حول تقسيم العمل وأسبابه ونتائجه ، كما تركز على معنى ووظيفة العمل وما يتعلق بذلك بثل البطالة والإحالة إلى المعاش . وتبتد دراسات إلى تحليل المهن للمختلة غيردس أعمال السكرتارية واحتراف البناء وممارسة الطب . ويهتم في دراسة كل مهنة بنظم القبول في المهن وعوامل الاستمرار فيها ثم بالتدريب واتباط الوظائف والمهام والأدوار ، ثم العلاقة بين الشخصية والمهنة في العمل ، والنسور السائد لدى العامة عن المهنة وتوزيع القوة والهيمنة داخل المهنة (٨) .

في ضوء ذلك فإن الزاوجة بين علم الاجتماع الطبي وعلم الاجتماع المهني سوف تؤدي إلى نوعين من الدراسات : دراسة المهن الطبية بحيث كل ما نكر من موضوعات الدراسة في علم اجتماع المهن تعتبر هي موضوعات الدراسة في المهن الطبية . والمجال الثاني هو تأثير العمل في مهنة معينة على الصحة والمرض . ولعل المجال الثاني هو أحد المجالات الهامة التي أجريت فيها دراسات عديدة وأدى هذا إلى ظهور ما يعرف « بأعراض المهنة » و « طب الصناعات » . وهي فروع تهتم بدراسة الأمراض التي ترتبط بالمهن المختلفة أو تحدث أثناء التشغيل في مجالات معينة مثل المجالات الصناعية .

ومن أمثلة الدراسات التي أجريت في هذا المجال ما أجراه أطباء الصحة العامة ومهندسيها من تحوصات دقيقة تهدف إلى التعرف على تأثير

(٧) المرجع السابق ، ص ١٢٨ ، ١٢٩ .

(٨) Duncan Michell, A Dictionary of Sociology, Routledge and Kegan Paul, 1975, pp. 202, 203.

تراب الجرانيت على العمال المشتغلين في اسوان . كما قام الأطباء الذين تغلقوا في مناجم الخابات المعدنية بجمع عينات من للهواء الملوثة وأرسالها الى معادل التحليل للتعرف على احتمالات الإصابة بالأمراض بالنسبة لمن يعملون في هذه المجالات (١) .

وقد امتدت الدراسات وتطورت بحيث بدأت تربط بين أكثر من تخفيري (تخفيري المهنة وتغير المرض أو التعرض للمرض) . فهناك دراسات مثلاً حاولت أن تربط بين السيلكت النفسية وبين المهنة وبين الإصابة . فقد درس فرج عبد القادر أحد العلاقة بين الإصابة في الصناعة وبين الصحة للنفسية للكفاء . وانتهى من بحثه التجريبي الى اقتراح أن ذوى الاصابات يظلب عليهم أن يتصلا بالسيلكت النفسية اذا ما ثبت مقارنتهم بين لا تحدث لهم اصابات :

- ١ — أنهم أكثر اضطرابا وأقل تواظا .
- ٢ — أنهم أقل قدرة على الانتباه والتركيز .
- ٣ — أنهم أكثر اعتمادا في سلوكهم على المحاولة والخطأ .
- ٤ — أنهم أكثر تجرية وأكثر تقبلا لها .
- ٥ — إن الاضطراب لا يبلغ درجة كبيرة عندهم مثل تلك التي يبلغها في حالات الذهان والعصاب .
- ٦ — أن فئة الاصابات تشارك الفئات الاكلينيكية بعض خصائصها .
- ٧ — أن فئة الاصابات لا تزيد أو تقل بشكل دال في نسبة نكالها (الكمية — للفظية — العبلية — معامل الكفاءة) وذلك بمقارنتها بين لا تحدث لهم اصابات .
- ٨ — أن السبات المذكورة في الفئات السابقة على أنها تميز خصائص فئة الاصابات تؤيد نظرية وجود القابلية للاصابات ، وإن هناك فروقا غربية

(١) يان سيمون ، الناس والطب في الشرق الأوسط ، ترجمة الدكتور سعيد عبده . المكتب الاثليسي للصحة العالمية في شرق البحر الأبيض المتوسط ، الاسكندرية ، ١٩٦٨ ، ص ٢٣٥ .

في هذه القابلة ، وأن هذه القابلة تشارك في تسبب الاصابات وتتواجد بدرجات أعلى عند ذوى الاصابات (١٠) .

كذلك هناك دراسة حسن محمد كاشف التي حاولت أن تربط ربطا قويا بين الجانب النفسى وبين الاستعدادات للامصابة الجسمية في مجال الصناعة أيضا . فقد انتهى الباحث الى وجود علاقة بين سمات الاكتئاب الانفعالى والحالات الابتهاجية وبين الاستعدادات للحوادث . كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة جوهرية ودالة احصائيا بين التوافق العلم للفرد وبين توافقه في المنزل صحيا واجتماعيا وانفعاليا ومعنيا وبين الاستعدادات للحوادث (١١) .

الظروف البيئية :

لا تعد العلاقة بين البناء الاجتماعى بها يحتوى عليه من نظم وظواهر اجتماعية واقتصادية وبين المرض ظاهرة تاريخية ، ففى أجزاء كثيرة من دول العالم الثالث نجد أن هناك انخفاضاً في متوسط الأعمار عنها في دول أخرى . ويرجع ذلك الى أن مخبرات البيئة قد تقدم ظروفا تساعد على انتشار الأمراض المعدية . وعلى سبيل المثال فان الايكولوجيا الاسفوائية تلائم نمو الحشرات الناقلة للأمراض كالناموس الذى ينقل الملاريا والذبابة الطائرة التى تنقل مرض النوم . كذلك يؤدي الانخفاض الشديد في مستوى المعيشة الى ارتفاع معدلات الوفاة في دول مثل بنجلاديش وأثيوبيا .

وتلعب العوامل البيئية والاجتماعية دورا في مجال الصحة والمرض في الدول المتقدمة . فعلى انجلترا مثلا نجد أن هذه العوامل هي المسئولة عن العديد من أنواع الأمراض المعدية وأن كانت تختلف في نوعيتها من العوامل الفاعلة في الدول سابقة الذكر ، ولهذا فهي تتطلب تفسيراً مختلفا . فنتطهر العلاقة بين مستوى المعيشة ومخاطر المرض في الاختلاف بين الطبقات الاجتماعية في الصحة وفي معدلات الوفيات . ويشير ذلك الى أن العوامل

-
- (١٠) نرج عبد القادر أحمد ، العلاقة بين الاصابات في الصناعة والمهنة النفسية للذكاة ، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، سنة ١٩٦٥ ، ص ٢٦٠ ، ٢٦١ .
- (١١) حسن محمد كاشف ، العوامل الشخصية المرتبطة بالاستعدادات للحوادث في الصناعة ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ، ١٩٨٢ ، ص ١٦٠ .

البيئية سواء في المنزل أو العمل بما زالت تلعب دورا هاما في التأثير على مخاطر المرض والوفيات .

على أننا يجب أن ندرك أنه إذا كانت الظروف البيئية في ارتباطها بالفقر تزيد من مخاطر المرض فإن هناك العديد من أنواع الأمراض التي ترتبط حاليا بالسلوك الذي لا علاقة له بالفقر على الإطلاق . فالارتباط في الطعام غير المناسب والتدخين والارتباط في شرب الكحول يؤدي إلى أمراض جسمية مثل أمراض القلب والسكر وسرطان الرئة والتهاب الكبد . على أن المخاطر المؤقتة على الصحة والتي ترتبط بالسلوك هي مؤكدة ودالة على الظروف الاجتماعية السائدة تماما كما كانت مخاطر الطلوث الصحي مرتبطة بالظروف الاجتماعية في القرن التاسع عشر . لهذا فإن التركيز على مظاهر السلوك (مثل التدخين) الذي يعتبر انعكاسا لقرارات الفرد وتفضيلاته يؤدي بنا ليس فقط إلى تفسير خاطئ أو تبسيط أكثر من اللازم لأسباب سلوكه ولكنه يؤدي أيضا إلى محاولات مضللة وساذجة لتغيير سلوكه . فمن المفترض أن الاعلانات وتسويق السجائر والتجويرات الطبية التي تقبها الحكومة وفرض الضرائب على التبغ لها تأثير مباشر على الاتجاهات والسلوك .

إن التحليل الوائمي للتدخين في المجتمع الحديث يشتمل على عدد من القضايا السياسية والاقتصادية المعقدة بالإضافة إلى قضايا الصحة . وعلى سبيل المثال فإن الزيادة في فرض الضرائب على السجائر قد يجعل تكلفتها أمر يحرمها على الكثيرين . ولكن مع حدوث ذلك فإن هناك تكاثرا آخر على موارد الدولة وعلى العمالة . فسوف يؤدي ذلك إلى انخفاض الدخل الحكومي وتزداد البطالة . فعلى الرغم من أن الاقتلاع من التدخين سوف يؤدي إلى تخفيض النفقات الصحية الترمية ، فإن الحكومة سوف تكون في حاجة إلى المزيد من المال كمعاشات للاعداد المتزايدة من كبار السن الذين ماروا على قيد الحياة . كذلك فإن النقص في صناعة التبغ بالرغم من أنها تؤدي إلى النقص في عدد أيام الاجازات المرضية في الصناعة بصنة عامة إلا أنها قد تحدث بطالة كئيبة في المدن التي تعتمد بصورة كبيرة على صناعة التبغ نفسها .

لقد اظهر لنا مثال التدخين السابق بوضوح أن المرض هو انعكاس للاقتصاد في الماضي وفي وقتنا الحاضر أيضا . وهناك مثال آخر يوضح دور التغذية والمستوى الغذائي في الجانب الصحي . فقد قدر كل من لوك وبسبيث عام ١٩٧٦ أن ٥٦ ٪ من الإناث ، ٥٢ ٪ من الذكور في إنجلترا من تخطوا من الاربعين يزيد وزنهم بمعدل ١٥ ٪ على الأقل عن الوزن المتترض . إن مخاطر اللوامة بالنسبة للذكور الذين يزيد وزنهم بمعدل ١٠ ٪ يتل ١ - ٥

أعلى من المعدل وخاصة في الوفاة المرتبطة بمرض السكر ولإمراض الأوعية الدموية . ومن الواضح أن الانمراط في الطعام قد يمثل الخطر الرئيسي على الصحة . وقد ناقش بعض العلماء في سنة ١٩٧٣ قضية أن مرض الزائدة الدودية وسرطان الأمعاء والسكر ولإمراض الأوردة المختلفة - مثل تجلط الدم في الأوردة العنقائية والدوالي قد تكون لها علاقة بتنقص الألياف . وعلى ذلك فإن التسموب التي تحوى أغذيتها على نسبة عالية من الألياف تبدو نسبيا خالية من هذه الأمراض . ويلاحظ أن تقرير ضرورة زيادة نسبة الألياف في الغذاء لا تتوقف على عوامل تتصل بالفرد بقدر ما تتوقف على عوامل اجتماعية أشمل ذلك أن أحداث تغييرات في التغذية يربط بصناعات إنتاج الغذاء تلك التي يمكن أن تتركز في أيدي شركات تهتم بإنتاج سلع يسهل نقلها وتسويقها للتوسع في الأرباح أما القية الغذائية فتتعد بالنسبة لها في المرحلة الثانية .

الاقتصاد والصحة :

تفترض بعض الدراسات المعاصرة أن العوامل الاقتصادية تلعب دورا مهما في تحديد أنماط المرض في المجتمع الحديث ، ولأن دور الخدمات الصحية أقل أهمية بالمقارنة بها . وقد فكر برينر Brenner سنة ١٩٧٧ أن غالبية التنوع في المعدلات السنوية الكلية للموفاة في الولايات المتحدة الأمريكية يمكن تفسيرها أحصائيا في ضوء التغيرات التي تحدث في المستوى السنوي للمعملة مبرهنا على أنه فترة خمس سنوات كان لها تأثير على الصحة . وهذا التأثير قد حدث من طريقتين : الأولى أن البطالة قد أدت إلى انخفاض دخل الأسرة وبالتالي انخفاض المستوى للمعيشي . والثاني أن الفرد قد فقد الاحساس بوجود معنى أو هدف للعمل الذي يعمل . وقد أدت الضغوط والمواقف العديدة إلى زيادة الخوف من المستقبل وإلى ارتفاع نسبة الغلق داخل الأسرة . وبذلك أصبح أفراد الأسرة أكثر عرضة لاعتلال الصحة . وقد انتهى برينر من قراءاته لأحصاءات الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن استمرار الزيادة في البطالة بنسبة ١٪ لمدة خمس سنوات سوف تكون مسؤولة عن زيادة حالات الوفاة ٣٧٠٠٠ حالة . وقد نجد تحليلات مشابهة في دراسات تنس الكتاب مندا جلال الإحصاءات في إنجلترا وويلز والسويد سنة ١٩٧٩ .

ولكن الأمر الذي يجب أن ننتبه إليه هو أن عكس هذه النتائج تماما قد ظهر على يد عالم آخر هو إير Aier الذي استنتج أن العلاقة بين البطالة والوفاة في أدنى درجاتها ولكن أن معدلات الوفاة تزداد في وقت ازدهار الأعمال عندما تكون معدلات التوظيف مرتفعة . وعلى ذلك فقد نسر العلاقة

بين التوظيف والوفيات في ضوء أربعة اسباب اجتماعية متصلة مصاحبة لدورة العمل هي :

١ - يؤدي الازدهار الاقتصادي إلى زيادة هجرة المبلغة التي تضعف شبكة العلاقات الاجتماعية التي تحمي الفرد بصورة طبيعية من الأمراض .

٢ - يزيد الاجهاد المتسبب عن قبول العمال للعمل الإضافي خلال فترات دورة العمل من اعتلال الصحة .

٣ - يزيد استهلاك الكحول والسجائر بمعدلات مرتفعة من اعتلال الصحة .

٤ - أما في فترات التدهور الاقتصادي فتزود شبكة العلاقات الاجتماعية وتحمل على حماية الفرد .

ونحن نجدنا الآن أمام أكثر من رأي يضاد كل منهما الآخر ، ولكلهما يقتلن على الأثر في التواء المسؤولية الرئيسية في الصحة والمرض على السياسة الاقتصادية أكثر من الخدمات الصحية . ويشارك في هذا الموقف الخلاقي كثير من الكتاب الراديكاليين مشاركة جزئية إذ هم يميلون أكثر إلى تعليل مدى مساهمة الطب الحديث في قصبة بدموية مباشرة .

وهناك بعض الكتاب الآخرين الذين يسمون تركيزا أكبر على الاحتياج إلى تحسين الرعاية الصحية أكثر من تشنقهم بقضايا أوسع للتغيير الاجتماعي . لهم يرون أن كثير من الأمراض ذات أسباب بيئية ويمكن منعها . وأن الطب يجب أن يعطى اعتبارا أكبر للتعليم والبحث عن الخبرة النصليّة للوقاية من الأمراض أكثر من أن ينظر عندما تحدث الأمراض ثم يعتم بعلاجها . فالمنع معناه خفض معدلات المرض . ويرون أيضا أن مصادر الرعاية الصحية والطاقة مركزة في التكنولوجيا الرغيمة وفي أعداد المستشفيات وتجهيزها بأساليب العلاج على حساب الموارد المجتمعية التي يجب أن توجه إلى الوقاية . ويؤكدون أنه لا يجب أن نبالغ في أثر التقدم في الطب التكنولوجي وأثر استبدال المضادات الحيوية والمضخات المكسبة للصناعة على الصحة فإن الظل في التحسن في مجال الصحة يمكن أن ينجم عن الجهود المعملية الطبية : معنى هذا أننا نحتاج إلى البديل الآخر وهو الرعاية الصحية والوقاية والاهتمام بالظروف الاجتماعية والبيئية التي يعيش فيها من يلتقون أي نوع من العلاج إذ أن هذه الظروف يمكن أن تكون في بعض الأحيان عائقا يحول

دون ناعلية العلاج ودون حدوث الشفاء السريع . في ضوء ذلك يجب الاهتمام بطب الشيخوخة والطب النفسي أو العقلي .

وهناك قضية هامة تتعلق بذلك وترى أن عمليات التخطيط الشائع للمسائل الصحية يعتمد الاستنتاج فيها على أنماط تاريخية فتطوى على المصطنعة . فليس من الضروري عندنا يثبت تأثير عوامل بيئية كمحددات للوفاة في الماضي أن يكون لها نفس التأثير في الوقت الحاضر . فيجب الاهتمام بالبحوث المعمرة التي يمكن أن تمكس أثر التغيرات المجتمعية طالما نحن نسلم بأن تغيرات معينة يمكن أن تحدث في بعض جوانب البناء الاجتماعي من الحين إلى الآخر .

والخلاصة أنه بازلت هناك دراسات عديدة تجرى للتعرف على تأثير العوامل الاجتماعية والاتصالية على الصحة . وفي نفس الوقت مازالت لنا ناسك حول أولويات الجهد والنفقة المخصصة للمسائل الصحية المتومة في ظل ظهور الأنماط الحديثة للمرض — مازالت مماثلات خلائية (١٢)

القطاعات الاجتماعية الكبرى والصحة :

تختلف المجتمعات عن بعضها من حيث بنائهما الاجتماعي وتركيبهما السكاني وطبيعة البيئة الجغرافية التي يوجد بها كل مجتمع . وهذا ما يجعل هناك تبايناً شامخاً بين كل مجتمع وآخر في الحجم والسكان والنتانة والظواهر الاجتماعية السائدة . ولا يتوقف الاختلاف والتنوع عند تعدد المجتمعات بل أن كل مجتمع يمكن أن يضم أنواعاً متعددة من للجامعات الاجتماعية أو المجتمعات المحلية التي تختلف في ظروفها وتركيبها عن غيرها . وتتأثر مستويات الصحة العامة الخاصة بكل جماعة بنمط الحياة السائد فيها كذلك على الأمراض التي تنتشر بين الناس تتأثر بنمط حياتهم . فنحن يمكن أن نجد أمراضاً أكثر انتشاراً بين سكان القرية مثل البلهارسيا ، وأخرى أكثر انتشاراً بين سكان المدن مثل تلك الأمراض المرتبطة بتلوث البيئة واستنشاق الأتربة والابخرة ومخلفات المصانع . فالبيئة التي تعيش فيها الجماعة تعتبر حقلاً خصباً لنوعية معينة من الأمراض التي تؤثر على صحة الإنسان فينبى يمكن ألا تعتبر بيئة أخرى مساعدة على انتشار هذه النوعية من المرض ويتوزع سكان للجمع المصري على ثلاثة قطاعات أساسية هي :

القطاع الريفي : يهتم فريق من علماء الاجتماع بالدراسة العلمية للسكان الريفيين والعلاقات القائمة بينهم . ويستخدمون المعلومات التي جمعت عن سكان الريف لتحديد المشكلات التي تموتق نموهم وتقديمهم ، تهييدا لتجديد الوسائل التي يقدم بها حل هذه المشكلات وتحسين مستوى الحياة الاجتماعية الريفية (١٣) .

المجتمع الريفي هو أحد الأنماط الرئيسية في المجتمع المصري نظرا لأن مصر كانت بلدا زراعيا بصفة أساسية في وقت مضى . وحتى عندما بدأت تتحول إلى بلد صناعي بقيت الزراعة هي حرفة كثير من السكان السنين يعيشون في قرى الريف المصري .

والمجتمع الريفي يتميز بعدة خصائص منها أنه مجتمع تقليدي نسبيا يقوم أساسا على العمل الزراعي . وترجع تقليدية المجتمع إلى أنه ظل بعيدا عن تغيرات التنفـيز وإلى أن العمل الزراعي يحمل الناس أكثر ارتباطا بالكلن وأكثر حفاظا على تقاليدهم . ولهذا نجد أن المجتمع الريفي هو مجتمع التقاليد الراسخة ، وهو المجتمع الأكثر حفاظا على القيم والعادات والتقاليد . وهو مجتمع السلطة الأبوية وسلطة كبار السن حيث يكون لكبار السن الكلمة المسبوبة وهو المجتمع الذي يتميز أيضا بوجود الأسرة المالكية الكبيرة التي يطلق عليها الأسرة المبتدة لأنها تحوى جيل الاجداد والابناء والأحفاد ، وغالبا ما يعيشون جميعا في بيت واحد ويمثلون في أرض واحدة . ونظرا لصغر حجم القرية فالمعلاقات الاجتماعية بين أهالى الريف علاقات قوية ويظهر ذلك في المشاركات الوحدانية في المناسبات المختلفة . وتتنفـض نسبة التعليم في القرية عنها في المدينة نظرا لامتبارات كثيرة منها استخدام الذكور كأيدي عاملة في الزراعة وعدم الرغبة في تعليم الإناث بسبب تقاليد المجتمع .

ولذا كانت هذه هي الصورة التقليدية للريف المصري نان هناك قرى ومناطق ريفية تدلحها تدمرا من التنفـيز بسبب قريسا من المدينة أو بسبب وصول تدمر من خدمات المجتمع إليها أيضا . هذه القرى يمكن أن تمثل خطوة نحو التدمر بالمجتمع الحفـري ويمكن أن يحدث في جوانبها التقليدية بمعنى التنفـيرات . ولعل هذه التنفـيرات التي حدثت في كثير من القطاعات الريفية تزيد عن الريفيين الاتهام الخاطيء الذي كان يوجهه لهم على أساس أدلة واحدة . فقد اتهم الريفيين بالإهمال والتفـيد والاتجاهات الحفـظة ، وهذه المعتقدات كثيرا ما أدت بالحكومات إلى تنفـصيل الاستراتيجيات الإنمائية

للموجة نحو التصنيع بدلا من تلك الموجة نحو تحديث القطاع الزراعى الذى يعتبر متخلفا على نحو ميثوس بنه (١٤) .

ويتنيز المجتمع الريفي يتسلم الاسرة بوطيفة تلعين الإنسان ما يتعلق بالتنظية الشخصية كخطوة أولى نحو مراعاة الجوانب الصحية ، وتبدأ الام بتدريب الطفل على تنظيم عملية الاخراج ومراقبة نظامته فى مرحلة الطفولة المبكرة ، وهى التى تقوم على خدمته فى هذه المرحلة المبكرة من نموه وتدريبه على الحفاظ على نظافة جسمه وملابسه فى اوقات محددة ، وقد تستخدم المتوبة والكنانة لفصل نبتات ورسوخ السلوك (١٥) .

ويتنشر فى المجتمع التروى العلاج الشمسى ، وهو يتفلسن طرقتا واساليب بعضها مفيد وبعضها الآخر عديم الفائدة ، كما أن بعضها له لضراره . وحتى فى حالة وجود الوحدة الصحية فى الريف فإن تأصل الطرق الشعبية وقسوة اعتقاد الناس فى جدوى الاحجية والعمل والتمويذة فى الشفاء تجعل انبائهم على العلاج فى الوحدة الصحية محدودا . كما أن تخوف البعض من الاساليب الطبية الحديثة يجعلهم لا يقبلون عليها . والبعض منهم يرى أن الطبيب يعتبر غريبا عن المجتمع الريفي وهذا لا يجعلهم يقدمون عليه إلا فى الحالات التى ينظرون فيها الى ذلك .

القطاع الحضرى : مجتمع المدينة . يتميز القطاع الحضرى بالكثافة السكانية ، كما يتميز بتمسك الجماعات التى توجد فيه . ويقوم النشاط الاقتصادى فى المجتمع الحضرى على الصناعة والاموال المرتبطة بها : مثل التجارة وغيرها . وتتركز فى المدن فى أى مجتمع المصالح والادارات والمؤسسات الرسمية التى يعمل فيها سكان المدينة أو سكان المناطق المجاورة . وترتفع نسبة التعليم فى المدن خاصة التعليم العالى . وتتميز أسرة المدينة بأنها الاسرة الزوجية الصغيرة التى تضم الزوج والزوجة والابناء المباشرين قبل الزواج . وتضم المدينة جماعات سكانية متمسدة ،

(١٤) جاك لوب ، العالم الثالث وتحديات البقاء . ترجمة أحمد بنزاد بلبح ، عالم المعرفة ، الكويت ، ص ٢٨٢ .
(١٥) د. محمد عبده محبوب ، الانثروبولوجيا ومشكلات التحضر ، الكتاب الثانى : مشكلات التحضر فى المجتمع المصرى ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، الاسكندرية ، ١٩٨١ ، ص ١٠٥ .

ويتمس سكان المدينة بالتنوع الشديد ، فافراد الاسرة الواحدة قد يتجهوا في اتجاهات تعليمية مختلفة ، وقد يعملوا أعمالا متباينة يعكس اسرة الريف . وتتميز العلاقات في مجتمع المدينة بأنها علاقات ثنائية ترتكز أساسا على المصالح ، كذلك ينتشر الاتجاه الفردي وتضعف الروابط القرابية . ومجتمع المدينة أيضا أكثر قبليّة للتغير عن مجتمع القرية ، ذلك أن حركة الاتصال في مجتمع المدينة أكثر كثافة مما يجعل المدينة موضوعا لتغيرات مستمرة . ونظرا لتمدّد انبعاثات الناس في المدينة فإن هناك تفاوتًا شديدا في العادات والتقاليد ومختلف جوانب الثقافة السائدة في المدينة . وعادة يضم مجتمع المدينة أحياء مختلفة يعيش فيها أفرادا واثني من مناطق أخرى ، ويمتد مستوى الأحياء المختلفة ومن يعيشون فيها أدنى - من النواحي الاجتماعية والاقتصادية - من بقية أجزاء المدينة .

وعلى الرغم من المميزات التي يتمتع بها مجتمع المدينة من مجتمع القرية ، فإن هناك اعتبارات تجعل هناك صعوبات ومشكلات خاصة بمجتمع المدينة . وعلى سبيل المثال على الرغم من أن هناك إدراكا لضرورة التخطيط الاقليمي والقومي لمدن العالم الثالث فإن المخططين يواجهون صعوبات جمة تنتج من انخفاض مستوى الدخل ، والبنو السريع للسكان بما في ذلك اتواج المهاجرين من القطاع الريفي الى المدن ، وهم عادة ما يعانون من سوء التكيف في مجتمع المدينة ، ويعانون من مشكلات مثل الاحتياجات المادية (١٦) . - بالإضافة الى ذلك فإن ارتفاع مجتمعات المدينة وطبيعة العلاقات الثانوية يمكن أن تسهل حدوث الظواهر الانحرافية مثل البغاء الذي يؤدي الى انتشار الأمراض الممرية . كذلك تؤدي الضغوط التي يتعرض لها انسان المدينة الى توترات عصبية قد تظهر في صورة أمراض نفسية أو عصبية أو جسمية . ومن الدراسات التي أجريت وتناولت تفاصيل جديدة توضح الى أي مدى تؤدي حياة المدن الى مشكلات صحية نوعية تلك الدراسة التي أجراها رينولد ونيكولسون عن السكنى في الادوار العالية في المدينة . وعلى الرغم من أنها لم يجدا فروقا ذات معنى في مسألة السكنى في الادوار العليا لكن ذلك انعكس على الأطفال الذين خرجوا فرصة اللعب في الحديثة في حالة السكنى في الادوار العالية . وقد أظهرت الدراسة أيضا أن العصبية والاحباط وعدم النوم كانت لها من الأعراض التي عانى منها من يعيشون في بيوت مينة (١٧)

(16) Philip Houser, Problems of Rapid Urbanization, in Peter Worsley, Op. Cit., p. 139.

(17) Reynolds I. and Nicholson C, Living in a Hight Flats, in Peter Worsley, Op. Cit., pp. 177, 178.

وقد أدت التغيرات الاجتماعية التي حدثت في حياة سكان المدن إلى كثر أخرى ترد صداه في الابعاد النفسية . فقد تغيرت مكانة المرأة الاجتماعية وبكوتات الأدوار التي تقوم بها . وأثر هذا على الجانب النفسي للطفل . فالطفل يعتمد على أمه أساساً للحصول على الطمأنينة وأشباع حاجاته . ولكن انشغال الأم في المدن بالعمل خارج المنزل أدى إلى إشباع احتياجات الطفل . ويلاحظ أن عمل المرأة خارج المنزل في المجتمعات الحضرية تعتبر ظاهرة لها جانبها الإيجابي ولها جانبها السلبي أيضاً . فعمل المرأة يمكن أن يكون له إيجابياته بالنسبة لكيان المرأة ووضعها الاجتماعي واشباعها السيكولوجي . أما الجانب السلبي فيأتي من أن ارتباط الابن بالأم في السنوات الأولى أمر ضروري للنمو النفسي للطفل ولتكوينه الاجتماعي أيضاً ، وغياب الأم يفتقد الطفل فرصة هذا الإشباع . وفي بعض الأحيان عندما تحاول الأم تعويض أثر غيابها في ثورات تواجدتها مع الطفل إيجابياً يكون ذلك بطريقة متطرفة . لهذا فإن وجود الأم مع الطفل خاصة في السنوات الأولى يعني من الصراع نتيجة اختلاف القيم والمعايير التي تلقنها له الأم عن تلك التي يسميها من غيرها فإنه فيلجأ (١٨) .

وعلى الرغم مما ذكر فإن مجتمع المدينة هو المجتمع الذي ناله حظاً لوفر من الخدمة العلاجية . فالمستشفيات والمعيادات المتخصصة تنتشر في المدن . ولكن بسبب ظواهر وخصائص معينة تصيب بها الحياة الحضرية يمكن أن يؤثر ذلك على الإفادة من الخدمة العلاجية . فالحياة الحضرية ارتقاع في أساليب العلاج الأمر الذي لا تستطيع الطببات الفتيرة . كذلك فإن الوعي الصحي قد يكون منخفضاً لدى بعض الفئات التي لم تقل حظاً وافراً من التعليم أو تلك الفئات التي تعيش في الأحياء الفقيرة فهم يظلوا يمارسون طرقهم القديمة في العلاج على الرغم من معيشتهم في المدينة . كذلك ناتج بسبب سهولة الحصول على الدواء في المدينة وبسبب وجود الصيدليات دون المتعلمين في كثير من الأحيان يلجأ الناس إلى طلب الدواء من الصيدلية دون إرشاد من طبيب الأمر الذي يمكن أن يتضمن خطورة على حالتهم الصحية .

القطاع الصحراوي : تضم معظم المجتمعات مناطق صحراوية ، ومادة ما يعيش في هذه المناطق جماعات سكانية تتوزع في مناطق متباعدة . وإذا كانت معظم الجماعات الصحراوية بنوية منتقلة فإن بعضها يمكن أن يكونوا شبه مستقرين أو مستقرين تماماً . وما يتحكم في التنقل والاستقرار طبيعة

(١٨) د. محمد سعيد فرح ، البناء الاجتماعي والشخصية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، الإسكندرية ١٩٨٠ ، ص ٢٤٨ - ٢٥٠ .

البيئة التى يعيشون فيها والتى تتحكم فى النشاط الاقتصادى للجماعة طول العام ، فإذا كانت البيئة فقيرة من جهة المياه والأمطار مارست الجماعة الرعى وأصبح نمط حياتها التجوال ، وإذا كانت هناك أمطارا موسمية فإن الجماعة يمكن أن تستقر فترة من السنة لممارسة الزراعة الموسمية ، لما إذا توفرت المياه من العيون والآبار وكانت صالحة للزراعة فيمكن أن تكون الواحات التى تستقر فيها الجماعات الصحراوية بسنة دائمة .

وتعيش معظم الجماعات الصحراوية فى شكل تجمعات محلية ، وترتبط بروابط قرابية على الرغم من تشتتها فى مناطق متباعدة . وعادة ما يكون لهذه الجماعات تراث ثقافى مختلف . ويحكم الناس فى الصحراء القانون عرفى تكون له قوة القانون الذى يحكم الجماعات المتحضرة . ويخضعون لمجموعة من التقاليد الشديدة الصلابة بسبب العزلة ونتيجة عدم اتصالهم بجماعات أخرى . ومن الطبيعى أن تنخفض نسبة التعليم بين سكان الصحراء - خاصة البدو الرحل - نتيجة صعوبة توصيل الخدمات التعليمية اليهم بسبب عدم استقرارهم .

ويؤدى الوجود فى البيئة الصحراوية الى تعرض الانسان الى نوعيه من الأمراض ربما لا يتعرض لها من يعيش فى المجتمع الرئىلى أو الحضري (انظر الدراسة الميدانية « طب الصحراء » فى الباب الأخير من الكتاب) . كذلك فإن ثقافة المجتمع الصحراوى المتميزة تحوى ما يؤثر أيضا على صحة الانسان . وعلى سبيل المثال فإن العرف السائد لدى بعض القبائل الذى يجبر الفتاة على أن تتزوج أبى عنها تجعل هذا المجتمع يمارس زواج الأقارب فى نطاق ضيق جدا مما يؤثر على صحة النسل : كذلك فإن عزوف المرأة البدوية عن التقدم للفحص الطبي بسبب التقاليد يؤدى الى التثبيط على صحة المرأة .

ومجتمع الصحراء هو مجتمع الطب والعلاج الشعبى ، فالبدو اشتهروا دائما بأن لديهم طرقا للمعالج الشعبى ساعدتهم عليها طبيعة البيئة التى يعيشون فيها . فقد وضعوا أجسادهم فى رمال الصحراء الساخنة صيدا للشفاء من الروماتزم وعلاج السنتة . واستخدموا الكى فى أجزاء مختلفة من الجسم لمعالج الكثير من الأمراض . واستخدموا النباتات الصحراوية أيضا طلبا للشفاء ، ومن الطبيعى أن ينتشر الطب الشعبى فى هذه المناطق نظرا لبعدها عن مراكز الخدمات الصحية : وحتى عندما وصلت الخدمات الصحية الى الجماعات البدوية كان اقدام البدو عليها يشوبه الكثير من المتاعب بسبب شدة افتقارهم بالإساليب الشعبية . ولكن ، تغيرا فى الاقدام على الطب الحديث وفى العادات الصحية قد لحق هؤلاء البدو الذين اعتادوا حياة

الذين سوا كانوا يعيشون في المدن الصحراوية التي ومناتها الخدمات الصحية ، أو كانوا على مقربة من المناطق الحضرية . فقد بنى هؤلاء نماذج سلوكية جديدة في مجال الصحة (١٩) .

والخلاصة انه يجب على الاجتماعي وممارس الطب أن يمي كل منهما في أى المجتمعات يعمل . ذلك أننا اذا تمرنا على طبيعة المجتمع وخصائصه يمكننا من التعرف على خصائص من يعيشون فيه ، والتعرف على طبيعة المشكلات الاجتماعية والصحية التي توجد به . طبيعة المشكلات الاجتماعية والصحية السائدة في المجتمع البدوي يمكن أن تختلف عن تلك التي تنتشر في المجتمع الريفي أو المجتمع الحضرى كما سبق وذكرنا . ويجب أيضا لكي يتمكن الشخص من الاستفادة من هذا الجانب أن يحاول الاستئناس من تسمية المجتمع الذى يعمل به سواء كان يعمل في مستشفى أو في وحدة صحية أو في مركز لتنظيم الأسرة أو ... الخ . وعليه أيضا أن يلاحظ بنفسه ما يسود في هذا المجتمع من ظواهر في ضوء السمات الأساسية التي حددناها للمجتمع الريفي والحضرى والبدوي .

وسوف يساعد التعرف على طبيعة المجتمع ممارس الطب أو الاجتماعي على أن يتعامل مع أهالى المجتمع الذى يعمل فيه بطريقة مقبولة . ذلك أن معرفة عادات وتقاليد الناس ، ومعرفة طباعهم وتقييمهم يكون مفيدا . ومساعد على الوصول الى أفضل طريقة للتعامل مع الناس دون المساس بمبادئهم وتقييمهم . ونحن سيمكننا التعامل مع الناس بنجاح اذا احترمنا عاداتهم وتقاليدهم وتقييمهم . وفي نفس الوقت نكون أكثر نجاحا اذا عرفنا كيف نوجههم وارشدهم الى ما تقتضيه هذه العادات والتقاليد من تأثير على الصحة .

(١٩) انظر مثلا التغيرات التي حدثت في هذا الجانب نتيجة توفير الخدمات الصحية في منطقة الصحراء الغربية في المجتمع المصري في كتاب « المجتمعات الصحراوية في الوطن العربى » ، للدكتور نبيل صبحى حسا ، دار المعارف ، القاهرة سنة ١٩٨٤ ، ص ٢٢٨ - ٢٣٦ .

الفصل العاشر

الثقافة

والمسحة والمرض

يبدو أنه من المصعوبة بكان الوصول الى تحديد دقيق للأساس الفعلي للثقافة . فالجذور الاولى لكل من الدين ، والزواج والن غير معروفة . وعلى الرغم من ذلك استطاع العلماء تصنيف مختلف ألوان الثقافة التي أوجدتها الإنسان منذ بداية العصر الحجري (١) . ويرى ليزلى هوايت Lesla A. White أن الثقافة بدأت عندما بدأ الإنسان ينطق ويستعمل الرموز الاولى ، لهذا يعتبر تاريخ الثقافة هو تاريخ الإنسان ككائن بشري . ويلاحظ أنه قد ترتب على انتقال أشكال الثقافة من ذوات الألف من المائتين ، أن ثقافة بعض عناصرها ، وتغير البعض الآخر ، إلا أن الثقافة نفسها قد استمرت (٢) .

مفهوم الثقافة وطبيعتها :

تعرض عدد كبير من علماء الاجتماع والانثروبولوجيا لدراسة موضوع الثقافة وتحديد مفهومها (٣) . وقد اختلفت تعريفاتهم لها باختلاف تخصصات الدارسين . وسوف نعرض لبعض هذه التعريفات بهدف التفرقة بينها وبين التعريف الانثروبولوجي للثقافة .

(١) John Eric, Nordskog, Social change, New York, Toronto, London, 1960, p. 4.

(٢) Francis E. Merrill, Society and culture, Printice-Hall, Inc, 1960, p. 118.

(٣) عندما درس كروبر وكلاكهون Kroeber & Kluckhohn تعريفات الثقافة وجدوا أن هناك ١٦٤ تعريفا ، ومع ذلك فمى لم تشتمل على كل تضايا الثقافة التي تبلغ الألف . انظر : p.120

يختلف التعريف الأنثروبولوجي للثقافة عن ذلك التعريف الذي يقصر الثقافة على السلوك وهو جانب معين يتلمه الناس ويشاركون فيه بالإضافة إلى بعض الأفكار والاتجاهات المتوقعة والمتقبولة في أي مجتمع (٤) .

ويختلف المفهوم الأنثروبولوجي للثقافة كذلك اختلافاً بينا عن المفهوم الدارج لكلمة « الثقافة » ، والذي يعتبر أن الثقافة مرادفة لارتفاع مستوى ثقافة الفرد في تخصصه أو تعليمه . فالشخص المثقف أو المتحضر هو الذي يستطيع أن يصل إلى درجة التمكن في بعض مجالات المعرفة ، وهو الذي يتميز بأداب سلوكية راقية . وبناء على ذلك يكون الشخص غير المثقف هو الشخص الذي لم يكتسب هذه المعرفة . ويعتبر هذا التعريف قاصراً — من وجهة النظر الأنثروبولوجية — إذ يقتصر مفهوم الثقافة على مجالات معينة من المعرفة . فالثقافة تتضمن كل أساليب السلوك المشتقة من مجالات النشاط البشري بكافة أنواعها ، كما تتضمن التقنيات والمنتجات المستخدمة في صناعة الغذاء ، وحياكة الملابس ، وبناء البيوت . فالأنثروبولوجيا لا تعرف ذلك التمييز الشائع في الاستخدام العادي بين « المثقف وغير المثقف » ، لأن هذا لا يمثل مستوى اختلاف في حظ الفرد من الثقافة ؛ فهو لا يدل على وجود هذه الثقافة من عدمه .

كذلك يختلف المفهوم الأنثروبولوجي للثقافة عن مفهوم المؤرخين الذين يطلقون مصطلح الثقافة على بعض الإنجازات الفنية والفكرية ، فهم يعلون بالثقافة الأفريقية مثلاً أنشطة الأفريق المتعلمين الذين كانوا يتبحرون بسمات عالية في الفن والأدب . فلا يشير مصطلح الثقافة لديهم ، إلا إلى الأنشطة العديدة الأخرى التي كان يتميز بها المجتمع الأفريقي . ونحن لا نجد أنهم يستعملون هذا المفهوم عند الكلام عن شعوب معينة كالهنود الحمر الأمريكيين ، أو الشعوب الأفريقية ، التي لم تعرف تاريخاً مكتوباً (٥) .

ولعل مفهوم الثقافة الذي حدده كلايد كلاهون Clyde Klukhohn يساعدنا على فهم السلوك البشري ، حيث يقول : « نقصد بالثقافة جميع مخططات الحياة التي تكونت على مدى التاريخ ، بما في ذلك المخططات

(4) Young and Mack, Principles of Sociology, American Book Company, New York, 1960, p. 30.

(5) Ralph L. Beals and Harry, Hoijer, An Introduction to Anthropology, The Macmillan Company, New York, Third Edition, 1965, pp. 265-266.

الفنية والمريحة ، والمعتلة واللاعقلية . وهي توجد في أى وقت كوجهات لسلوك الناس منذ الحلة » . كما يوضح هذا المفهوم تنوع السلوك البشرى عندما ندرک إن لكل مجتمع انساني ثقافته المتبزة ، أو كما يقول كلاكون أيضا : « إن ثقافة مجتمع من المجتمعات هي نسق تاريخي المتنا يضم مخططات الحياة المريحة والفنية التي يشترك فيها جميع افراد الجماعة (أى المجتمع) أو أفراد قطاع خاص معين منها » .

وإذا كانت التعريفات السابقة قد تناولت جانباً من جوانب الثقافة ، فإن هناك تعريفاً آخر اشتمل — على الرغم من بساطته — على كثير من العناصر التي أجمع عليها الانثروبولوجيا والاجتماع على أنها تؤلف أهم خصائص الثقافة ومكوناتها (٦) . ذلك هو التعريف الكلاسيكي البسيط الذي وضعه تابلور في مطلع كتابه عن « الثقافة البدائية » حيث يقول : « أن الثقافة أو الحضارة بمعناها اللاتوجرافي الواسع ، هي ذلك الكل المركب الذي يشمل المعرفة والمعتقد والفن والأخلاق والتقوى والعرف وكل المقدسات والمعدات الأخرى التي يكتسبها الإنسان كمفرد في مجتمع » (٧) .

وإذا شئنا أن نوجز ما سبق سرده فإن مصطلح ثقافة — كما يستخدمه دارسي الانثروبولوجيا ، يمكن أن يستخدم للدلالة على ما يأتي :

١ — للدلالة على أساليب الحياة الشائعة في وقت معين بين البشر جميعاً .

٢ — للدلالة على أساليب الحياة الخاصة بمجموعة من المجتمعات التي يوجد بينها قدر من التفاعل .

٣ — للدلالة على أنماط السلوك الخاصة بمجتمع معين .

(٦) د. أحمد أبو زيد ، البناء الاجتماعي ، الجزء الأول « المفاهيم » ، الدار القومية للطباعة والنشر ، القاهرة سنة ١٩٦٥ ، ص ١٨٦ — ١٨٧ .
(٧) يقترب هذا التعريف من التعريف الذي وضعه كل من ويسلر وسوروكين Wessler and Sorokin فقد رأيا أن الثقافة تتألف من اللغز وأدائها ، والفنون ، والمعرفة العملية ، والمهارات الفنية ، والفكرات الروحية ، والنظم التربوية والتعليمية ، والمعتقدات ، والاعظمة . والإنسان الاجتماعي .

انظر : د. أحمد الخشاش ، التفكير الاجتماعي ، دار المعارف سنة ١٩٧٠ ، ص ٦١٣ .

٤ - للدلالة على أساليب السلوك الخاصة بشريحة أو شرائح معينة داخل مجتمع كبير على درجة من التنظيم الممتد (٨) .

تقسم الثقافة الى ثقافة مادية وثقافة لامادية . وتتضمن الثقافة المادية الاختراعات والوسائل المادية التي يطلق عليها البعض لفظة حضارة . ولا يرى الانثروبولوجيون المعاصرون أن الحضارة تختلف نوعيا عن الثقافة ، كما أنهم لا يميزون بين شعب متحضر وآخر غير متحضر . فجميع الحضارات - بما فيها الحضارات العظيمة المعاصرة أو القديمة - ليست سوى مراحل خاصة في تطور الثقافة تتباين في نراء مضمونها وفي تعقد تركيبها ، ولكنها ليست مختلفة نوعيا عن ثقافات الشعوب التي تسمى شغبويا غير متحضرة .

والثقافة اللامادية هي الأساس الجوهرى للثقافة المادية . ذلك أن مظاهر الثقافة المادية لها أساس فكري سابق ملها . بل أن لكانية التقدم المادى محدودة بحدود الانسلا الفكرية الموجودة . كما أن للاشياء المادية تكون عديمة الفائدة - بل ويمكن أن تكون ضارة - بدون معرفة طريقة استعمالها . ويمكن أساس الثقافة في المعانى والانسان الرمزية ، التي هي وحدها وثيقة الصلة بالعناصر المادية (٩) .

وللثقافة جانب ظاهر وجانب آخر ضمنى ويتناول الجانب الظاهر من الثقافة في الاختراعات المادية التي نراها وفي اللغة التي نسمعها وفي العادات والتقاليد التي يمكن أن نلاحظها في مناسبات مختلفة . ولكن هناك الجانب الضمنى غير الظاهر ويضم جوانب الثقافة التي يصعب ملاحظتها ولا يمكن التعرف عليها إلا بطرق متصقة أو بتحليل جوانب الثقافة الظاهرة . وتعتمد معتقدات الانسان ومستوى معرفته من جوانب الثقافة غير الظاهرة . ودائما وراء كل جانب ظاهر من الثقافة جوانب عديدة غير ظاهرة . نالزى مثلا كعنصر ثقافى ظاهر يمكن أن يتضمن معتقدات (غير ظاهرة) تتعلق بالقيم والاحتشام والنظام ... الخ . فارتداء المبرضات مثلا زيا موحدا يعتبر أمرا يتضمن ثقافة ظاهرة وضمنية في نفس الوقت . نالزى نفسه هو ثقافة مادية ظاهرة ، ولكنه يتضمن أيضا فكرة غير ظاهرة هي محاولة التنظيم بحيث يستطيع الانسان أن يفرق بين مرفضة وبين أى غطاء أو سيدة أخرى في نفس المكان .

(٨) Ralph L. Beals, op. cit., p. 269.

(٩) Francis E. Merrill, op. cit., p. 124.

ويتجوز مسألة دراسة الجوانب الظاهرة والضمنية في الثقافة دراسة عامة بالنسبة. إن يعمل في مجال الصحة لأن بعض جوانب ثقافتنا الضمنية يمكن أن تكون مؤثرة تأثيراً شديداً على السلوك للظواهر . وعلى سبيل المثال فإن أقدام الناس على تنظيم الأسرة - كسلوك ظاهر - يتأثر بجانب غير ظاهر وهو معتقدات الناس حول فاعلية هذه الوسائل أو جليها للأمراض أو حول مدى اتقائ فكرة تنظيم الأسر مع الدين .

ويكتسب الإنسان الثقافة من مجتمعه منذ مولده عن طريق الخبرة الشخصية وبما أن كل مجتمع يتميز بثقافة معينة محدودة بزمان ومكان معينين فإن الإنسان يكتسب ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه منذ الصغر . ولا تؤثر العوامل الفسيولوجية والصلالية في تلك العملية (١٠) لهذا تسهم دراسة الثقافة في التعرف على كثير من سمات الشخصية . فقد أوضحت الدراسات مثلا أن الحزن من أهم ملامح الشخصية المصرية . وتوصلت الدراسات إلى هذه النتيجة من خلال تحليل الكثير من عادات وتقاليد وطقوس الشعب المصري ، خاصة الفناء العاطفي ، ومن دراسة الأنشائي والإتوالي المتداولة فالعمرى يشعر بالقلق إذا استمتع خلصة بالحياة ولو للحظة ، ولهذا يعبر عن قلقه عندما تغبره المساعدة بقوله « اللهم اجعله خير » (١١) .

والثقافة بهذا المعنى ظاهرة لصيقة بالمجتمع . وهي في نفس الوقت ظاهرة مستقلة عن المجتمع وأن ارتبطت ارتباطاً شرطياً بهجوده (خاصة الثقافة اللامادية) . ورغم استقلال الثقافة عن المجتمع فإن هناك علاقة أساسية بينهما يجب أن نتناولها بالتحليل لأنها تحدد معالم الدراسة في هذا البحث . ولكننا لن نتطرق لمناقشة مسألة استيعاب المجتمع على الثقافة أو العكس . وما يمكن أن يقال بخصوص ذلك هو أننا نفترض أن الإنسان وجد في المجتمع ، ثم وجدت الثقافة . إذ أن الثقافة تنتج من المجتمع المكون من أفراد في تفاعل مستمر ، ثم تصبح بعد ذلك العملية دائرية ، فالمجتمع ينتج الثقافة ، والثقافة بدورها تؤثر في مجتمعاتها (١٢) ، ونتيجة لهذا يؤدي

(١٠) د. عاطف وصفي ، الأنثروبولوجيا الثقافية ، دار المعارف ، القاهرة سنة ١٩٧٥ ، ص ٧٨ .

(١١) د. عاطف وصفي ، الثقافة والشخصية ، الشخصية المصرية التقليدية ومحدداتها الثقافية ، دار المعارف ، ص ٢٥١ : ٢٥٢ .
(١٢) David Bidney, Theoretical Anthropology, Columbia University Press, New York, 1953, p. 104.

التغير في الثقافة الى تغير في المجتمع والعكس صحيح ، فالثورة الصناعية نشأت نتيجة للتغيرات في وسائل انتاج القوى والسلع الصناعية . هذه التغيرات أثرت في طريقة حياة الاجيال المتعاقبة في مجتمع غربي أوروبا ، وبالمثل . سلسلة رد الفعل تنشر خلال الاجزاء الفنية من المثلث . وإذا كان المجتمع هو جماعة من الأفراد في تعامل مستمر ، فالثقافة هي نتاج هذا التعامل . وإذا كان التعامل الاجتماعي يجعل نمو الثقافة ممكنا على المستوى الانساني ، ويعطي للثقافة أهميتها في تصميم الفعل ، فان الثقافة تحدد بدورها أيضا شكل التعامل الاجتماعي الذي يحدث بين شخصين أو أكثر عن طريق ما تتضمنه من معايير وقيم . وحيث أن الثقافة تركيبة وتسلم من جيل الى جيل في المجتمع عن طريق خاصيتها الرمزية ، وتعلمها كل فرد في مرحلة نموه ، لذا فهي مضمودة أساسا للشخصية وتمتد في وجودها على فترة المجتمع على تسليم التراث للأجيال اللاحقة (١٢) .

الثقافة والصحة والمرضى :

توجد المعايير في المجتمع وتنعكسها أنماط سلوك الأفراد وأساليب تكريمهم . وبعبارة أخرى فان المعايير هي التي تحدد ما ن فكر فيه وما نفعله . وعلى سبيل المثال فعدم شرب المريض يعتبر أحد المعايير التي تستود لدى من يمارسون مهنة التمريض مما كل المريض بذا أو عدائيا . وعندما يحدث استثناء لهذه القاعدة بأن تعرب ممرضة في قسم الاستقبال أو الطوارئ مريضا لأنه تضل جرعات كبيرة من أى عقار فان بقية الممرضات سوف ينتقدن هذا السلوك ويمكن أن تجلزي الممرضة على ما فعلته .

وترتبط المعايير التي تسود لدى أى جماعة بجوانب مختلفة من حياة الجماعة ، ولهذا هذه المعايير أحيانا تكون متصارعة . ويحاول أفراد الجماعة أن يخلوا مشكلة هذه الصراعات بما يتفق مع أحوالهم الاجتماعية وما يتفق أيضا مع مستلهمهم . وعلى سبيل المثال فان ممرضون قد أوضح كيف أن الأطباء مطالبين ببذل الجهد في القراءة الطبية وفي العمل الطبي التخصصي ، وفي نفس الوقت من المتوقع منهم أن يكونوا اجتماعيين يقضون وقتا يتجاذبون فيه أطراف الحديث مع المرضى ومع الزملاء . ركل من العاملين يحتاج الى وقت . ولهذا يحدث الصراع لدى الأطباء ، فهم اذا حققوا التوقع الأول نسف يرضى منهم المرضى والزملاء ، واذا حققوا التوقع الثاني وتضرو وقتا طويلا يقيروا

علاقات اجتماعية نموه يرضى عنهم الناس ولكلهم أن يستطيعوا أن يقتضوا أفضل رعاية للمرضى . وهذا يمكن أن يعرضهم للجزاءات .

والقيم هي عنصر آخر من عناصر الثقافة . ويحاول أفراد أى مجتمع تحقيق القيم المجتمعية من خلال السلوك . ويلاحظ أنه في الحالة المثالية لا تتعارض المعايير مع القيم ، ولكن واقعيا أحيانا يحدث الصراع بينهما . وعلى سبيل المثال فإذا كانت قيمة الانجاز تعتبر من القيم التى تسود في المجتمع ، فإن المعايير التى تسود في جماعة إجرامية تمارس السرقة لن تشجع الفرد على الانجاز . والفرد المجرم في هذه الحالة يرتبط بمعايير الجماعة التى اتخذت الجريمة طريقة لحياتها لأنه يعتبرها جماعة التى ينتمى إليها . هذا بجانب أن الوصمة التى يوصم بها الفرد نتيجة ارتباطه بالجماعة الإجرامية يمنعه من الانجاز بالطرق المشروعة في المجتمع ، أى عن طريق العمل . وبالمثل فإن « الصفحة كتيبة » هو مفهوم منتشر على نطاق واسع ، ومع ذلك فإن التأثير تجبر الأشخاص أن يعملوا في مهن تؤدي الى توترات شديدة لديهم ، ويعيشون في مناطق جغرافية ملوثة ، أو يتناولون طعاما يؤدي - على المدى الطويل - الى التأثير على الصحة .

والمعتقدات هي أفكار تتعلق بالحقيقة والذيف ، وتتعلق بالمسحة والخلف ، وهى قد تنطبق بالانكسار والسلوك . ويجب فهم المعتقدات لأنها تساعد في فهم الفعل ، كما تفسر رسوخ بعض الاعمال التى تصدر من الفرد داخل الجماعة أو تجاهها . وعلى سبيل المثال فإنه من المهم أن يبقى (معتقد) أى معالج بأن الشخص الذى يأتي إليه مريضا لكي يكون لديه دائما علاجه . بجانب أن المعتقدات السائدة من مرض معين هي التى تحدد كيف سيمسك الشخص الذى سيصاب به ، وكيف سيمسك الناس تجاهه أيضا . ومثلما يحدث بالنسبة للقيم فإن المعتقدات أيضا يمكن أن تتعارض مع المعايير . وعلى سبيل المثال فإن القانون (كأحد أشكال المعايير) يمكن أن يعتبر الشخص الذى لا يعرف السلوك الصحيح من السلوك الإجرامى أثناء كذائه لسلوك يصنفه القانون على أنه جريمة شخصا مريضا يحتاج الى أن يعالج ولا يجب أن ينظر إليه على أنه مجرم . ومع ذلك فمن يتعاملون مع هذا الشخص الذى انتهك القانون من أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الممرضات أو الحراس سوف ينظرون إليه على أنه مجرم . وهنا تتعارض المعايير مع المعتقدات . وما ينتج من هذا الموقف أن من يتعاملون مع هذا الشخص سوف يظنوا علىلونه مستندين الى معتقداتهم على أنه انسانا مجرما وإن يتعاملوا معه على أنه مريض .

ويمكن النظر أيضا الى المعتقدات على أنها إيديولوجيات تغفل فرعية

للسلوك . وعلى سبيل المثال فإن المبرضة قد تنزع عندما تقرا عن أعمال العنف التي تؤدي بالشخص الى أن يفقد وعيه ولكنها لا تجد حرجا في أن تتقدم هي وتعطى لمريض صحة كهربائية خلال العلاج بالمعدات الكهربائية للراحة دون خوف أو دون إبداء أى تراجع عند قيامها بهذا الفعل . بالمثل فإن المبرضات لا يجدن حرجا في الإقدام على إعطاء الطفل حقنة مؤلمة على الرغم من أنه يبكي ويطلب ألا يشعر بالألم . والاختلاف هو أنه في حالة لأمثال العنف فإن الفعل يكون غير مشروع أما في حالة إعطاء الصدمة الكهربائية أو الحقنة فإن المبرضة تعتقد أنها تعمل شيئا بنفها بالنسبة للمريض ، وهو لا يتنافى في نفس الوقت مع فكرة الشرعية إذ أن التقاليد الطبية قد أثرت هذه الأساليب العلاجية .

تشكل المعايير والقيم والمعتقدات الجوانب غير المادية للثقافة — كما سبق وذكرنا — تلك التي تتشكل وفقا لها توقعات السلوك ، ويتحدد بناء عليها ما يريد الناس أن يفعلوه ، ويتحدد بناء عليها أيضا ما يمتد الناس أنه صحيحا أو غير صحيح . ويتعلم الناس المعتقدات والمعايير والقيم خلال عملية التنشئة الاجتماعية . ويكتسب الطفل هذه العناصر الثنائية خلال مراحل حياته الأولى لهذا نهمل البعض التي تسمية هذه المرحلة بالتنشئة الاجتماعية الأولية . وعلى الرغم من أن رسوم هذه العناصر يتم في المرحلة المبكرة إلا أن سنوات العمر المختلفة يحدث فيها أيضا اكتسابا لمعتقدات ومعايير وقيم ربما تختلف عن تلك التي اكتسبها في المرحلة الأولية ، ويميل البعض أيضا إلى أن يطلق على التنشئة في المراحل التالية التنشئة الثانوية . ولكن نستطيع أن نتعرف على الآثار الناتجة على التلقين في مراحل العمر الأولى على الاعتقاد في الطب الشعبي وعلى القيم المتعلقة بالصحة الجيدة ، وعلى المعايير التي تحكم في متى يذهب الناس إلى الطبيب لطلب مساعدته فانه يجب أن ندرس عمليات التنشئة الأولية . إما إذا أراد الشخص أن يتعرف على توقعات الأفراد فيما يتعلق بدور الإخصائي الاجتماعي في المجال الصحي ، أو الموظف الإداري في المستشفى أو الطبيب أو الحكمة المسؤولة فإن عليه أن يدرس عملية التنشئة الثانوية . وهناك أمثلة عديدة أخرى للوضوح التي يمكن التعرف عليها من خلال دراسة نترات التنشئة الثانوية مثل عدد سنوات الدراسة بالنسبة لطالب الطب ، وندى ارتباط واقتراب الطلبة من الاساتذة وتفاعلهم معهم ، وندى الخبرات الأكاديمية التي يحصلوها الطلبة بالنسبة للخبرات التي يحصلون عليها في قاعات الدرس ، وطرق النقل من سنة إلى أخرى ، وكيف يتم اختيار الطلبة ، وكيف ينتقل الطلبة من مرحلة الدراسة إلى العمل ثم ما هي أنواع المعتقدات والقيم والمعايير التي يكتسبها الطلبة خلال مراحل الدراسة ؟

ويجب أن نذكر أن عوامل عديدة يمكن أن تسبب الانحراف عن المعايير والقيم وغيرها ، فهناك المريض الذي لا يستجيب لتعليمات الطبيب ، وهناك أيضا الطبيب الذي لا يسلك وفقا لاختلاقيات المهنة ، وهناك الأسرة التي تعاني من الفقر ولكنها تهتم اهتماما شديدا بالنفسية وباللجوء الى الطبيب وقت الحاجة وتتصف بشدة للاعتقاد في الطب الرسمي ويتمتع أفرادها بصحة جيدة . وهناك أيضا الممرضة التي تسجل بيانات المريض لكنها لا تعرف كيف تأخذ بياناته بدقة ؛ تلك الاجراءات التي تتعلمها الممرضة بسهولة . وهناك المستشفى التي لا تقدم خدماتها وابتكاراتها بطريقة ميسرة للمرضى . كل هذه اشكال للانحرافات عن المعايير والقيم ، وتحتاج الى دراسة ثنائية للتعرف على كيفية تحديد الانحراف داخل الجامعة ثم كيفية مجازاة هذا الانحراف .

وعندما نذكر مفهوم الانحراف لا يجب أن نتقفز الى إذهانتنا فكرة الجريمة ، فهناك اشكال عديدة للانحراف لا تصنف تحت مفهوم الجريمة . وعلى سبيل المثال فإن المرض هو شكل من اشكال الانحراف ، وهناك جزاءات تعيد المريض الى حالته الطبيعية وهناك مكائبات تبقى الضديع محافظا على حالته الصحية . وبالمثل فإن الخطيئة هي أحد اشكال الانحراف ، وهناك عقوبات محددة للخطيئة .

كذلك لا يجب أن نعتقد أن الجريمة وحدها هي التي تتحدد لها عقوبات . فهناك عقوبات أخرى توجه الى من يسلكون أنواع عديدة من السلوك غير السلك الاجرامى . وتنقسم هذه العقوبات الى عقوبات رسمية واخرى غير رسمية . والعقوبات الرسمية هي التي تتحدد في اللوائح الرسمية للمؤسسات والادارات ، أما العقوبات غير الرسمية فيبومنها الأفراد ويشعرون بها دون أن تكون مكتوبة . فادارة الوجه للآخر أثناء التعامل ، والمصافحة غير الحارة ، ومبوسة الوجه ، والمصك على الشخص ، والكلمات الفاسية واللجة الحادة ، وعدم الاجابة على الاسئلة ، ورفض الدعوة هي كلها عقوبات يستفهمها الناس بوعي أو بدون وعي للفتاير في الاخرين (١٤) .

وتسم الثقافة التي توجد في المجتمع في الجوانب الصحية بطرق عديدة ، فهي تدعم للفرد المفاهيم المتعددة عن المرض . فقد دلت الدراسات التي أجريت في أمريكا عن مفهوم المرض لدى جامعات أمريكية ، معلجة مثل المكسيكيين على أن الذين جاؤا من جامعات ريفية أو من شرائح طبقة دنيا وهاشمية في المدن الصغيرة كانت لهم اتجاهات خاصة نحو المرض ، فقد

صحبوا معهم تكثير من المستحبات والممارسات الشمسية ، واتضح أنهم لم يكتسبوا منها مهنيا مختلفا للمرض فقط ، وإنما كانت للمرض دلالات اجتماعية مختلفة لأنهم أيضا (١٥) .

كذلك أشارت دراسات أخرى الى تأثير التثانة على السمات الشخصية : فقد أثبتت دراسات علم النفس أن المسمى التحليل تد تنشأ لديه ميول جمالية وهويات غير اجتماعية ليس ينبغي المحددات الموروثة ، بل لأنه لا يجد في ثقافة معينة اشياء في الرياضة البدنية واللبس البحت وبالتالي يشعر لأن يسمى وراء الاشباع في الهويات الاجتماعية مثل القراءة . ونظرا لما يبدو من أن نظريات الانسلط الجنسية مثل نظرية شلدون لا تنطبق على الاناث في الثقافة الواحدة ، ومن اللواتي تختلف أدوارهن في الطفولة والرشيد من أدوار الذكور ، فإن هذا يوحي بأن الفرق بين الجنسين تعتمد على امطراد وجود الفصل الثقافية أكثر منوعا على التحديد البيولوجي (١٦) .

الطب الشعبي :

نمى الطب الشعبي أساليب العلاج باستخدام الاعشاب والمواد المخلطة أو المعالجة المثلية (معالجة الداء بأمثلة المساب جرعت صغيرة من دواء لو أعطى لشخص سليم لحدث عنده مثل أعراض المرض المراد العلاج) وغيرها من الأساليب الشعبية . وكما ينتشر الطب الشعبي بين الجماعات البدائية فإنه ينتشر أيضا لدى جماعات وقطاعات عديدة في المجتمع الحديث . وتبقى أساليب الطب الشعبي تستخدم عبر أجيال عديدة بسبب عملية التوارث والمثل من جيل إلى جيل إذ أن الطب الشعبي يعتبر أحد مكونات الثقافة وينطبق عليه نفس ما ينطبق على العناصر الأخرى من الثقافة (١٧) .

وقد ارتبط الطب الشعبي بالسحر لدى الجماعات البدائية . وعلى الرغم من أن السحر له الطابع الرمزي التعبيري ، إلا أنه يستخدم على مدى

(١٥) د. محمد الجوهري ، الاثنوبولوجيا ، أسس نظرية وتطبيقات عملية ، الطبعة الأولى ، القاهرة سنة ١٩٨٠ ، ص ٢٤١ .
(١٦) جوليان روتر ، مرجع سابق ، ص ١٠٠ .
(١٧) David Davis, A Dictionary of Anthropology. Fredrick Muller LTD., London, 1972, p. 85.

المعصور المختلفة لإبراء الإنسان من الأمراض أو لإضرار بالصحة . وهذا ما عرف في التراث بالسحر الأبيض والسحر الأسود . فقد استخدم السحر الأبيض لانزال المطر وقت الجفاف أو لتحقيق وفرة المحصول أو زيادة عدد مرات الإنجاب أو للشفاء من مرض عضال ، كما استخدم السحر الأسود لجلب المرض أو الوفاة (١٨) .

وقد عرف الشعب المصرى منذ أقدم عصوره بأنه شعب تملأ ثقافته بالمعتقدات ، ومن بينها المعتقدات المتعلقة بالصحة والمرض . وعرف أيضا بأن لديه من الممارسات الشعبية الكثير لجلب الصحة وانتفاء شر المرض . وبعض هذه الممارسات تجد وبعضها الآخر غير مجد . وعلى سبيل المثال فقد اعتقد قديما المصريين أن الختان هو نوع من الوتاية من البلهارسيا . كما اتبعوا أسلوبا للوقاية هو عملية تحريم تلويث المياه . فقد فكر في كتاب الموتى أن الميت يجب أن يبرىء نفسه في اعتزافه بأنه لم يلوث المياه أيما كانت ، فنقول في يوم الحساب « أنا لم ألوث ماء » وتعتبر هذه العبارة القصيرة هي قناتون الوتاية من البلهارسيا . ومن المعروف أن معتقدات وممارسات الطب الشعبي موجودة ومتعلقة لدى قطاعات الشعب المصرى بدرجات متفاوتة . ونحن في جالسة إلى دراسات يقوم بها المتخصصون في هذا الفرع من الأنثروبولوجيا للتصرف على الأساليب المتبعة والمعتقدات السائدة لكي يتسنى الحكم عليها بمعايير الفائدة أو الضرر أو عدم الجدوى . ونحن في حاجة أيضا إلى دراسات من علاقة الطب الشعبي بالطب الرسمى في مختلف قطاعات المجتمع ، في الريف ، وفي المدن بإحيائها الحضارية والتخلفية ، وفي القطاعات البدوية . ونحتاج إلى أن نصير الأرض المشتركة وجوانب الصراع ، وإمكان الاندادة من المعالجين الشعبيين في بعض المجالات . كما نحتاج إلى أن نعرف أيضا لماذا يحتفل الناس الألم ويظنون يعتقدون في الممارسات الشعبية على الرغم من عدم ظهور جدوى للعلاج في بعض الأمراض . هل لأن الطب الشعبي أرخص وأكثر أمنا ويستخدم وسائل وأساليب ملائمة للبيئة ؟ أو لأن الطب الرسمى لم يستطع أن يقدم نفسه كجبال لخدمة الناس في هذه البيئات بحيث يهتم بصحتهم ويراهي تقاليدهم ؟ أو الاثنين معا ؟ وهل أصبح الطب الرسمى عنصرا ضاعطا على مصادر الرزق بالنسبة للأطباء الشعبيين في المناطق التي نجحت فيها للخدمات الصحية ؟ وما هي نتائج ذلك ؟ كل هذه التساؤلات وتساؤلات أخرى كثيرة ينتظر أن يجيب منها

(18) John Beattie, *Other Cultures*, Routledge and Kegan Paul LTD., London, 1964, p. 213.

المهتمون بهذا الميدان ، وهذا سيؤدى الى تقدم العلم وخدمة البشر في نفس الوقت . وقد أشرت في جزء سابق الى أن هذا الميدان هو الميدان الذى اهتم به المشتغلون بالانثروبولوجيا في مصر (١٩) .

الثقافة والأمراض المتوطنة (٢٠) :

الأمراض المتوطنة والمعدية هي ظواهر صحية ذات طابع اجتماعي ، وذلك بسبب انتشارها في وسط جماعات بشرية بحيث تصبح ظاهرة مرتبطة بجماعة ما ولو لفترة زمنية معينة ، وبسبب أن الجماعة التى ينتشر لديها مرض من هذه الأمراض تتكون لديها اتجاهات جماعية نحو المرض ، وتتبع أساليب سلوكية يتمارف عليها داخل المجتمع بحيث تصبح جزءا من الثقافة . كذلك نلاحظ انتشار المرض وتوطنه يؤثر ويتأثر بالبناء الاجتماعي السائد . فالمستوى الاقتصادي للمجتمع ، وحظ الأفراد من التعليم ، يرتبط بشدة بعملية التعرض للأمراض ، وبفاعلية عملية العلاج أو المقاومة من أجل الوتاية . وعلى سبيل المثال :

١ - تتطلب خطط المقاومة امكانيات مادية غير متوفرة في بعض المجتمعات .

٢ - تتطلب المقاومة أن تتسع الجهات الادارية - بتكلفة في الشخصيات والاجهزة الطبية المستولة عن الجانب الصحي في المجتمع - بحجم المشكلة وتترك خطورتها وتحرض على مقاومتها .

٣ - أن جوانب التصور التى يمكن أن نجدها في النظام الصحي يمكن أن تكون مرتبطة بالمشكلات المجتمعية الأكثر ، وأحيانا تكون انعكاسا للتصور للوجود في المجتمع ككل .

ولهذا فالحا كان التخلص من الأمراض المتوطنة أو المعدية يتطلب عملا

(١٩) د. نيل صبحي حنا ، الانثروبولوجيا الطبية وخدمة تضايا للصحة والمرض في مصر ، مرجع سابق ، ص ٧٣ ، ٧٤ .
(٢٠) استعان المؤلف في هذا الجزء ببعض الأفكار التى وردت في الكلمة التى ألقاها قبل ذلك في الحلقة النقاشية حول الأمراض المتوطنة التى عقدت بمعهد التخطيط القومي في يونيو سنة ١٩٨٠ ، والتي نشر ملخصا لها في تقريره الذى نشره عن هذه الحلقة في العدد الاول من الكتاب السنوى لعلم الاجتماع.

طبيا بصفة أساسية ، لأن قياس البعد الاجتماعي الثقافي سوف يضع قيودا على النتائج التي يمكن أن نصل إليها فيما يتعلق بالقضاء على هذه الأمراض . وسوف توضح المناقشة التي نقدمها هنا تلك الجهود الاجتماعية المطلوبة في مكافحة الأمراض المتوطنة والمعدية ، كما سيوضح أيضا مدى ارتباط انتشار هذه الأمراض أو الوفاة منها أو علاجها بعوامل اجتماعية وثقافية .

وأهم عناصر الثلاثة التي ترتبط بالأمراض المتوطنة في مجتمعنا ما يأتي :

١ - المصادر :

١ - المصادر : لا شك أن هناك ارتباطا قويا بين عادات منتشرة في ريفنا المصري مثل الاستحمام في الترع وخزول الاتسنان المصارف والترع وقنوات الري ولكن المياه الراكدة وهو حائل القدمين وبين الإصابة بمرض البلهارسيا . كما أن التعمد على الغيظ بعمليات قسيل الملابس والأواني والخضروات في مياه الترع بالقرب منه ، وأحيانا في نفس الأماكن التي يستحم ويتبول ويتبرز فيها الاتسنان والحيوان تؤدي أيضا إلى الإصابة بالأمراض . ولكي نمنع الإصابة بالمرض في هذه الحالة نحتاج إلى تغيير في العادات تماما مثلما نحتاج إلى تغييرات في مستوى الامكانيات المتاحة في البيئة . فلا يجب أن ننصوّر بسطحية أن حل مشكلة الإصابة بهذه الأمراض يتطلب مجرد توفير المياه النظيفة في المنازل أو يتطلب إجراءات دعاية سريعة . ذلك أن عادة الاستحمام في الترع هي وسيلة ترويجية عند الصبية والشباب في الريف ، ويتطلب الانتفاع منها إيجاد وسائل أخرى للترويه .

ونعيا يتعلق بالتعرض للحشرات جالبة هذه الأمراض هناك عادات تعود عليها الإنسان في بيئة تزيد من نسبة إصابته وتعرضه للمرض . نالعمود على النوم في العراء وأرتداء ملابس قصيرة تؤدي إلى احتمال الإصابة . وتأتي التقاليد الاجتماعية كصائل حاسم في الفصل بين إصابات الذكور وإصابات الإناث في البيئة الريفية ، فإناث أقل إصابة من الرجال بهذه الأمراض نتيجة للتقاليد التي تمنع الفتاة من الخروج من المنزل بعد سن معين . وتحريمها نهائيا غرسة الاستحمام في الترع التي تتاح للذكور .

٢ - التقليد والمحاكاة : كما ترتبط أيضا عادة الاستحمام في الترع بنكوة التقليد والمحاكاة في المجتمع القروي ، فالصغار يتقلدون الكبار ويرتبط هذا بالقيم الاجتماعية السائدة في الريف . وطالما أن الطفل القروي يرى كسل جرم من يكبره سفا يخلع ملابسه وينزل إلى التربة دون قيود . ودون حجل ،

ودون حذر ، لهذا لا يجد هذا الطفل ما يمتعه إن يتقلد الكبار . كما إن عادة غسل الملابس في الترع لا ترتبط فقط بعدم توفر المياه اللازمة لذلك في المنزل ، بل ترتبط بموايل أخرى مثل متعة الحديث بين النساء وهن جالسات يظلسن . وترتبط بالرغبة في الخروج من المنزل وقضاء الوقت بعيدا عن حجرات المنزل الضيقة المظلمة ، بل يمكن أن تكون هذه الفكرة فرصة لنقل أخيل القرية .

٢ - التفسير الاجتماعي للمرض : يساعد على انتشار الأمراض المتوطنة والمعدية كما يؤثر في استمرار المرض وتأخر العلاج ظاهرة اجتماعية هي ما نطلق عليها « التفسير الاجتماعي للمرض » . فإذا انتشر في بيئة معينة أن مرضا من الأمراض تسببه الأرواح الشريرة فلن الناس سوف يلجأون إلى أساليب غيبية في العلاج . ومعنى هذا أن التفسير الاجتماعي للمرض يحجب أحيانا رؤية الأسباب الحقيقية المؤدية إلى المرض وبالتالي يعوق عملية معالجته . في أحيان أخرى تنتشر في البيئة تفسيرات طبيعية للمرض ولكنها يمكن أن تكون تفسيرات خاطئة . وعلى سبيل المثال يفسر بعض القرويين الدم السدّي يصاحب بول المريض في حالة البلهارسيا على أنه علامة على البلوغ ولا يفسرونه على أنه إصابة بالبلهارسيا . وبمثل هذه التفسيرات مضللة تؤدي إلى تفاقم المرض إذ ظانّا أنه نسر الظاهرة (الدم في البول) على أنها ظاهرة مصاحبة للبلوغ ، فهو يرى أنها ظاهرة صحية وبالتالي أن يكثر أو يعبأ بعرض نفسه على الطبيب ، وبذلك تتفاقم الحالة . وعلى ذلك فنحن في حاجة للتعرف على تفسير الناس للمرض إذا كنا نريد مقاربة الأمراض بطريقة فعالة . إذ عندما نعرف تفسيرات الناس للمرض سنستطيع أن نوجه أسسها صائبة لتلك التفسيرات التي تقلل من جهود الناس في مقاربة المرض ، أو تلك التي يكون نتيجتها أن يلجأ الناس إلى طرق غير مجدية في العلاج . والتعرف على تفسير الناس للأمراض أو المفهوم الاجتماعي المسند عن الأشياء والقواهر (ومنها المرض) هي أحد المهام التي يتدرب عليها الدارس في العلوم الاجتماعية .

طبيعة المجتمع وظروفه وانتشار الأمراض المتوطنة :

هناك عوامل تتصل بالمجتمع تساعد على انتشار الأمراض المتوطنة ، منها :

١ - طبيعة البيئة والجماعة : من المعروف أن هناك ارتباطا بين انتشار المرض وبين طبيعة البيئة والجماعة التي يعيش فيها الإنسان . فالأمراض التي تنتشر في مناطق ريفية تختلف عن الأمراض التي تنتشر في

الاحياء المتخلفة في المدن ، وتختلف أيضا عن الامراض التي تنتشر في المسكن الصناعية نتيجة عمليات التلوث . وقد اتضح ان بعض الامراض المتوطنة تنقلها بعوضة تعيش في الابرار ، ولما كانت هذه الابرار توجد في المنازل القروية فانه يصبح امر القضاء نهائيا على الحشرة جالبة المرض امرا صعبا

٢ - الحركة والظروف الاجتماعية : وهناك ارتباطا بين حركة الناس داخل المجتمع وبعض الظروف الاجتماعية الاخرى وبين انتشار المرض . وعلى سبيل المثال تنتشر الامراض المعدية على نطاق واسع بين الجماعات البشرية بفعل ظروف اجتماعية خاصة مثل الحروب والسر والتباعد في صورة المتخلفة . فقد ابانت الامراض المعدية معظم جيش نابليون الذي غزا روسيا سنة ١٨١٢ ، كما ادى الانتقال بالسفن الى قتل الحى الصنراوية والكوليرا وشلل الاطفال من افريقيا الى امريكا . ومن المعروف ان انتشار الطاعون من مكان الى آخر يربط بنقل الحبوب . وهذا ما دعى الجماعات البشرية الى استصدار قوانين وقرارات تتعلق بالتحصين ضد هذه الامراض ، وانتشار المحاجر الصحية ، ومنع انتقال المصابين من مكان الى آخر .

٣ - الفقر والامية : يرتبط انتشار الامراض المتوطنة أيضا بمشككتي الفقر والامية . ففي مجتمعنا المصري ترتبط الازمنة ببعض الامراض المتوطنة والمعدية ارتباطا اساسيا بمشككتي الفقر والامية . وانما كان الفقر ليس سببا مباشرا للمرض ، ولكن ما يرتبط بالفقر من مشككت وتنتائج هو ما يؤدي الى الازمنة بالامراض ونتائجها كما يؤدي الى تعويق عملية العلاج أيضا . أما الامية فهي سبب مباشر في كثير من الحالات . وعلى سبيل المثال ترتبط كثير من مشككت سوء التغذية بالفقر والامية معا . ويؤدي الفقر وعدم توفر الابكانيات اللازمة لعزل المريض المصاب بمرض معد في مكان خاص بالمنزل أو تخصيص أدوات معينة له يستخدمها دون غيره في فترة المرض - الى انتشار العدوى . وتنتشر الامراض أيضا في المجتمعات والبيئات بسبب الفقر والمشككت الاقتصادية التي يعاني منها المجتمع ككل . فالامراض التي تنتشر في الاحياء الفقيرة والمتخلفة وتنتج عن طمع المجارى وجمعيات القمامة هجوار المنازل ترتبط كلها ارتباطا شديدا بمشككت اجتماعية اساسها ضعف الابكانيات وسوء الاحوال الاقتصادية والتنظيمة وما الى ذلك . ونحن نحتاج دائما في مواجهتنا للامراض المرتبطة بالظروف الاجتماعية والتنظيمة ان نضع في اعتبارنا المفهوم الاقتصادي والمستوى المعيشي والابكانيات الخاصة بالناس ، ثم الوسائل المتاحة في البيئة .

ولا يتوقف ارتباط المرض بالفقر ، على ان الفقر هو احد المسببات المباشرة أو غير المباشرة للمرض - بل ان المرض نفسه يمكن ان يؤدي

الى الفقر ، فقر الفرد ، وفقر المجتمع على السواء ، وبهذا يرتبط انتشار المرض بمشكلة اجتماعية بحثة هي المشكلة الاقتصادية . وعلى سبيل المثال تؤدي الإصابة بالبلهارسيا الى نالقد في الجهد البدني للفرد ، وهذا يقتل من قدرته على العمل ، خاصة الاعمال التي تحتاج الى جهد مضى . واذا قل المجهود الذى يقوم به الشخص او نقصت عدد ساعات عمله فان ذلك يقلل من انتاجية الفرد وبالتالي سينخفض دخله ، بل انه في حالة تطور المرض الى سرطان المثانة فان انتاجية الفرد يمكن أن تتوقف تماما ، وهذا يجره الى دائرة الفقر كقدر ولا يخفى ما يعرّض على ذلك من متاعب يواجهها هو وأسرته . أما من جهة التأثير على المجتمع فاذا زادت نسبة الإصابة بالبلهارسيا في مجتمع ريفى معين فان انتاجية هذا المجتمع سوف تنقص ، وهذا يجر المجتمع أيضا الى مشكلات اقتصادية .

مقاومة الأمراض المتوطنة :

انتسح لنا من الجزء السابق مدى « اخل العوامل الاجتماعية والثقافية في انتشار الأمراض المتوطنة والمعدية . وهذا يؤدي بنا الى نتيجة أخرم ، وهي أن مقاومة الأمراض المتوطنة لا يبد أن تتضمن رعايا بهذه العوامل ثم تتطلب أن تتضمن خطة المقاومة محاولة لتغيير النواحي السلوكية والثقافية التي تساعد على انتشار المرض . وسوف نناقش هنا بعض الابطء التي توسع لنا كيف نهتم بالجواب الاجتماعية في الحملات الصحية لمقاومة الأمراض المتوطنة .

١ - أهمية التثقيف في الخلفية المعرفية للناس :

يتأثر اقدام الناس على علاج هذه الأمراض أيضا بالخلفية المعرفية لديهم . فكما أن ادراك الناس للظواهر في العالم الطبيعي تتأثر بقدرات حواسه ويعدى سلامة الأجهزة التي تساعده على ادراك العالم الخارجى . كذلك فان ادراك الانسان للمشكلات التي تصيب به أو الخطر الذى يهدده يتأثر أيضا بمستواه الاجتماعى وخلفيته المعرفية أى بفكرته عن هذا الخطر . وهذا يتأثر بما يتداوله في المجتمع عن حجم هذا الخطر . وعلى هذا فان اقدام الناس على مواجهة مشكلاتهم الصحية تتأثر بفكرتهم عن المرض نفسه . وعلى سبيل المثال اذا عاش انسان في مجتمع انتشرت فيه الإصابة بالبلهارسيا . ولكن هذا الانسان لم يجد الناس حريصين على مقاومتها أو على اتباع الطرق التي تكلل الوفاية منها بسبب انهم لا ينظرون الى المرض على أنه مشكلة

تهدد بخطر شديد ، فإن ذلك سوف ينعكس على سلوك الفرد فنستجده يسلك سلوكهم بسبب أن معرفته عن المرض والاضطراب التي يسببها لم تكن من نوعية تدفعه الى مزيد من المقاومة . ولكي تثير في الشخص دافعا تويا يتطلب الامر تغييرا في المستوى المعرفي للفرد . فيطلب تعديلا في المعلومات التي يعرّفها عن المرض وخطورته . فإذا عرف الفرد أن هناك ارتباطا بين الإصابة بالبلهارسيا والإصابة بسرطان المثانة ، وإذا عرف أن بعضا من ذويه يمكن أن يكونوا قد ماتوا بسبب مضاعفات المرض وبسبب الإهمال في العلاج فإن سلوكه تجاه المرض سوف يتغير فيحرص على الوقاية منه أو يسارع الى العلاج إذا أصيب به .

٢ - أهمية تغير عادات واتجاهات الإنسان نحو الأشياء والكائنات المرتبطة بالمرض :

تهتم العلوم الاجتماعية بمسألة الإنسان بالبيئة والكائنات الموجودة . وتهتم بفكرة الاتجاهات الإنسان وسلوكه تجاه الحشرات جالبة الأمراض ، ذلك أن لتجاه الإنسان وسلوكه نحوها يتأثر بخبراته التي تصعد له مدى نفع وضرر كل منها ، وبالتراث المعرفي الذي يرثه من المجتمع الذي يعيش فيه . ونحن إذا نظرنا حولنا في البيئات المحيطة فانتنا نجد أن سلوك الإنسان تجاه الحشرات يتفاوت من مجرد المقاومة الضعيفة التي تمنح للحشرة فرصة الحياة والنمو والتكاثر الى المقاومة الشديدة التي تهدف الى القضاء على الحشرة . بجانب هذا فإن الإنسان قد يعود على طرق معينة للمقاومة ولا يفكر في تغييرها . وإذا كانت هذه الطرق غير مجدية ولا تحقق القضاء على الحشرة فإن الأمراض سوف تنتشر . وفي هذه الحالة يتطلب الأمر تغييرا في طرق مقاومة الحشرة نفسها واكساب الناس أساليب سلوكية جديدة تكون أكثر نفعا يتمودون عليها . وعلى ذلك فإن مقاومة الذباب الذي يتسبب في نقل الجراثيم التيفودية والدوسنتاريا والبريد الحبيبي وغيرها . ومقاومة البعوض الذي ينقل المalarيا والحمى الصفراء ومرض التيفوس . ومقاومة البراغيث التي تؤدي الى نقل الطاعون ونوع من التيفوس والحمى الراجعة ، يتطلب عملا طبيعيا واجتماعيا في نفس الوقت فالأمراض التي يتقلها الذباب تتطلب معرفة مفاهيم الناس عن الذباب وأخطاره ، فهل هم ينظرون اليه على أنه مجرد حشرة تصليقهم أثناء الحديث ، أو أثناء تناول الطعام ولهذا يكتبون بمجرد طرده (صلية النسي) لم ينظرون الى الحشرة على أنها يمكن أن تجلب مرضا فتاكا يؤدي بحياة الإنسان ؟ إن الأمر يحتاج الى :

١ - التأخير في المستوى المعرفي للناس يجب تعريفهم بخطر الذباب وتمكينهم من وسائل مقاومته .

٢ — امثال عادات جديدة تعود عليها الانسان للاحتراس من تعريض مأكولاته او جسمه لهذه الحشرة .

٣ — غرس عادات النظافة الشخصية في الاطفال منذ الصغر بدل أن يظل الطفل يلعب وحول عينيه جيش من الذباب .

وانا لم يتم الاهتمام بالجانب المعرفي والجانب السلوكي فسوف نظل نعالج حالات مصابة دون أن نقضى على الاصل المسبب للمرض . فنظرا لان بعض الناس لا يتصورون أن البراغيث أو القمل يمكن أن يؤدي إلى مخاطر خطيرة بالنسبة للانسان فان الامر يتطلب — بجانب استخدام الوسائل الطبية والكيميائية — تغييرا في العادات المرتبطة بالنظافة الشخصية بحيث نتجنب الازهان ، ويتطلب الامر أيضا البت في جدوى الطرق والاساليب التي يستخدمها الناس للمقاومة ، فالبعض يقومون القمل بصب الجائر على فروة الرأس وتعريض الرأس للشمس . وهذا السلوك لا تقوم به الام عادة كاجراء للمقاومة الا عندما ترى طفلا أو طفلةا تحك رأسها . ولذلك فان اجراء النظافة — حسب مستويات المجتمع — يعتبر اجراء اضطراريا يتم في اوقات متباعدة ، ولهذا لا تصبح النظافة عادة يومية . لهذا نحتاج ونحن نفكر في مقاومة الامراض التي يسببها هذه الحشرات أن نبعث في كيفية رفع مستوى المقارنة ، وأن نوضح للناس ما هو مفيد من الطرق التي يتبعونها وما هو ضار ، وأن نبتكر وسائل جديدة فعالة لتعقيمهم بأسلوب مناسب وبسرعة مناسبة . وأن ندرب الناس حتى تصبح النظافة الشخصية اليومية هدفا في حد ذاته وليس وسيلة للظهور بمظهر النظافة — تجنبنا للحرج — أمام الناس .

٢ — لابد أن تتضمن حملات الدعاية الصحية اهتماما بالجوانب الاجتماعية والثقافية :

لا شك أن مقاومة الامراض المتوطنة والمعدية ترتبط بالحملات الصحية . وطالما انتبهنا الى أن العوامل الاجتماعية والثقافية تلعب دورا في الاسباب بالمرض وانتشاره ، فمن الضروري أن تتضمن الحملات الصحية ما يتعلق بالجوانب الاجتماعية والثقافية . بالإضافة الى ذلك فان هناك طرزا أكثر ملائمة للدعاية الصحية من غيرها . ونحن سوف نستطيع اختيار الطرق الملائمة إذا كنا أكثر وعيا بالخلفية الاجتماعية والثقافية والانتصائية للمجتمع . بل أن الدعاية لطرق العلاج تتطلب نفس درجة الوعي . فيطلب مثلا نشر دواء جديد أن نتبع طرق الدعاية المناسبة لكي نقرر بعد ذلك اذا ما كان الدواء سيباع للناس بفئة الاساسي أم سينخفض أم سيتم بجانا . ويتطلب الامر بعد ذلك اختيار أنسب الوسائل لتعليم الناس الطرق الصحيحة لاستخدام الدواء .

الباب الخامس

دراسات وبحوث ميدانية

الفصل الحادى عشر

الامـن

يحاول هذا الفصل وضع الإبعاد الاجتماعية لمظاهره الامن تحت مجهر للتعرف على دورها وأهميتها فى التشخيص والوقاية والعلاج . ويرجع أهمية ذلك الى ان الامن ظاهرة تحدث فى وسط اجتماعى ، وتكون أسبابها فى هذا الوسط . وعندما نحاول العلاج نأتينا نحتاج فى كثير من الأحيان الى أحداث تغييرات فى العوامل الاجتماعية الفاعلة فى الامن . كذلك فان الوقاية هى أيضا عمل اجتماعى ثنائى يتم داخل المجتمع ، وتؤثر نتائج الامن على المجتمع .

ومن الطبيعى أن هناك مداخل عديدة لتناول هذا الموضوع المتسع . وقد اخترنا المدخل الذى يتناسب مع طبيعة البعد الاجتماعى . وإذا كنا ركزنا فى بعض الأحيان على الرد والمادة الامنية لقد حرصنا أن نشير الى تأثير العوامل الاجتماعية على كل بعد منها .

ومد تم جمع المادة العلمية لهذا الفصل من المصادر الموضحة فى حواشى الصفحات . كذلك فان الملاحظات الميدانية التى قام بها المؤلف للاوساط الاجتماعية للمدنيين قد شكلت جزءا من المادة الواردة هنا .

وتتضمن الورقة بثلاثة نقاط أساسية :

أولاً : الإبعاد الاجتماعية فى التعرف على أسباب الامن .

ثانياً : الإبعاد الاجتماعية فى الوقاية والعلاج .

أولاً

الإبعاد الإجتماعية في التعرف على أسباب الادمان

« التشخيص »

يعتبر تشخيص عملية الادمان أول خطوة تجاه العلاج وتجاه اتخاذ أية خطوات وقائية الأمر الذي يعتبر النهاية التصوي التي نهدف اليها من وراء اجراء أية دراسات أو عتد اية مؤثرات خلصة بالادمان . ويتضمن التشخيص معرفة الأسباب والعوامل المسببة لعملية الادمان . سواء كانت اسباب وعوامل سابقة على وجود الموقف الادمانى ودافعة اليه (أسباب ودوافع) أو كانت اسباب وعوامل مصاحبة تستمر مع وجود السلوك الادمانى وتنبج عليه أو تكون عوامل مشجعة على استمرار وتعميق هذا السلوك . أو تهمل ومما يتم فيه السلوك .

وعلى الرغم من أن هناك مداخل مختلفة — كما سبق وذكرنا — لدراسة الموضوع بصفة عامة — وتفسير الأسباب بصفة خاصة — فلما اخترنا أحد المداخل للتعرف على كنهية انبام التشخيص . وهو النظر الى الموقف الادمانى على أنه يكون بن ثلاثة عناصر هي : **المادة المخدرة أو المنبهة ، والفرد المدمن ثم الوسيط الاجتماعى والثقافى** الذى يوجد فيه الفرد . ويتطلب الفهم الصحيح لعملية الادمان أخذ هذه الأبعاد الثلاثة فى الاعتبار . أما الاتجاه الذى يركز فقط على جانب من الجوانب الثلاثة لسوف يفشل فى محالة . ويعتبر كل عنصر من هذه العناصر الثلاثة عنصراً معقداً ، وسوف يمتد نقادة بحثه والاهتمام به على الشخص الذى يسهم فى حل المشكلة نفسه بحيث أن خبرته بهكذا العنصر بجانب أظاره المعرفى وحيال تخصصه هي العوامل التى ستحدد وتؤثر فى إمكانية وقوعه على مختلف التفاصيل الضرورية للتعلمة بالمعنى .

نحن فى حاجة الى التعرف على نوعية المادة المؤثرة وطبيعة تأثيرها فى الفرد وأن نفرق فى ذلك بين المواد التى تعتبر خطيرة ، وهى عادة ما تجمع كلها تحت اسم « مخدرات » Narcotic . أما من جهة الفرد فلا يمكن أن ينجح تفسير لسلوكه الادمانى أو ينجح لعل علاجى ما لم يستطع أن يتعرف على هذا التعقيد الذى يميز للشخصية والسلوك . أما الواقع الاجتماعى والثقافى فهو شديد التعمق ولهذا لابد من أن نجد من يستطيع تحديد العوامل الاجتماعية والثقافية المرتبطة بكل نوعية من الادمان .

المادة المخدرة :

ويعرف طبيا المخدر بأنه مادة كيميائية تسبب النعاس أو النوم أو غيب الوعى المصحوب بتسكين الالم . وكلية مخدر ترجية لكلمة Narcotic وهي مشتقة من الكلمة الاغريقية Narcosis التي تعني يخدر أو يجعل الشيء مخدرا . لهذا لا يميل البعض الى اطلاق كلمة مخدر على المنشطات أو عقاقير الهلوسة (١) . أما المنشطات ، هى عقاقير تسبب النشاط الزائد وكثرة الحركة وعدم الشعور بالتعب والجوع ، وتسبب الارق وهي موجودة على شكل أقراص أو حقن (٢) . ونحن نهتم بالنوعين (المخدرات والمنشطات) لاذ أن الايمان يمكن أن يتم بالنسبة للنوعين . ويجب علينا دائما أن نحرص على التفرقة بين النوعين بسبب أن الدوافع الاجتماعية التي تدفع الى تعاطي المخدرات (التي تحدث اثرا منوميا أو مهدئا أو تؤدي الى الخيال عن الوعى) يمكن أن تختلف عن الاسباب الدافعة الى تعاطي المنشطات . فتعاطي المخدرات يمكن أن يعود الى البعد عن الوازع وتسكين الالم النفسية أو الجنسية أو الاثنين معا ، أما الدافع الى تعاطي المنشطات فهو مزيد من الارتباط بالواقع الاجتماعي والاعمال به كما أنه يمكن أن يكون يكون مزيدا من الحرص على الانتاجية . لهذا فان التفرق بين مخدر ومنشط يوجهنا لتوجيها صحيحا في بحثنا عن طبيعة الاسباب التي تؤدي الى الادمان .

الشخص المدمن ومسلكه :

لا يمكن أن نستطيع مقاومة الادمان دون النظر الى الترد المدمن كشخص أو انسان بما يتضمنه ذلك من ادراك لاهية احترام كرامته ومراعاة سنه وفترة نموه وما الى ذلك . وفي هذه الحالة لا يكون التركيز منصبا على السلوك الانساني بل منصبا على الفرد ككل . ولهذا فان برامج عديدة لمكافحة الادمان لم تركز على العقاقير أو عملية الايمان في حد ذاتها بل حاولت أن تهتم - خاصة في مرحلة الشباب المبكر - أن تعالج مشكلات الشخص وشعاعده على تكوين الشخصية الناضجة ، وأن تمنى فيه القدرة على اصدار حكم على الاشياء والسلوك لكي يستطيع ان يتخذ القرار نفسه وإذا كان من يهتمون بالمدخل الطبى والقانونى لا يرون في هذه الطريقة وسيلة سريعة ومباشرة للعلاج ،

(١) د. حافل الدمرداش ، الادمان مظاهره وعلاجه ، عالم المعرفة (٥٦) ، الكويت ، اغسطس سنة ١٩٨٢ ، ص ٩ ، ١٠ ، ١٣ .

ولكن أثبتت الدراسات أن هذا الاتجاه لا يؤدي نطق إلى علاج المدن الشباب بل أنه يسهم أيضا في حل المشكلات الاجتماعية . فهم يهتمون بتسوية الامان من خلال النظر إلى الشخص ككل وإلى أطار احتياجاته ومستوى نموه وعاداته في مواجهة مشكلاته (٢) .

مقدمًا فنظر إلى استخدام المخدر كسلوك انساني ، فاننا يمكن أن ندرس متسلحين بالمفاهيم العامة والنظريات الأساسية التي تفسر السلوك الانساني بصفة عامة . ومن الطبيعي أن تبنا العلوم الاجتماعية والسلوكية بهذا النوع من المعرفة . وتبنا هذه العلوم ببعض الحقائق والاساسيات التي تمينا على فهم سلوك الامان ومحاولة علاجه . وأهمها :

١ - أن السلوك الانمائي يختلف من فرد إلى فرد ، ويختلف لدى نفس الفرد من وقت إلى آخر . وتختلف درجة الامان وسلوك المدينين من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى ، بل تختلف أيضا من جيل إلى آخر . ذلك أن كل فرد يمكن أن يتعامل نوع من المخدر يختلف عن غيره من الناس من يمارسون التعامل ، كما يتعامل كمية مختلفة عن غيره وتدفعه إلى التعامل عوامل أحيانا لا تكون متشابهة تبعا مع تلك العوامل التي تدفع غيره إلى الامان . كما تختلف أيضا النتائج التي يؤدي إليها الامان ، ويرجع هذا الاختلاف إلى تباهي البيئات الاجتماعية والظروف الثقافية التي توجد بها كل جماعة . ولهذا فإن علاج الامان لا يتم من طريق حل واحد مبسط . فكل مشكلة من مشكلات الامان تحتاج إلى تحليل خاص للظروف الخاصة إلى الامان والظروف المحيطة والملحبة للامان أيضا . ويستطيع بعد ذلك القائم بالعلاج أن يحدد أي نوع من التغيرات يريد أن يحدثها ، وبالتالي أي الطرق والاستراتيجيات يجب أن يتبناها . وسوف تشير مجالتنا لموضوع الولاء الاجتماعي الثقافي للموقف الانمائي إلى هذا التنوع الكبير من العوامل الاجتماعية والثقافية التي تجعل من كل فرد مدين حالة نوعية خاصة ، وتبهر كل موقف انمائي لسمات خاصة أيضا .

٢ - لا توجد علاقة مباشرة بين السبب والنتيجة . ذلك أن أنماط تعامل المخدرات مثلا مثل أي أنماط أخرى تتأثر بعوامل عديدة مثل الأسرة والمدرسة والكنيسة والمجتمع المحلي وجماعة الاصغاء أو الرفقاء ، وتأثر بموامل الاتصال أيضا . ولهذا فإن محاولات الوقاية من الامان والبرامج

(2) Helen Nowlis., Drugs Demystified, The Unesco Press., Paris 1975., pp. 42-43.

التي تعد من أجل التغلب على حدوثه لا بد أن تتعاون مع هذه الجهات أو المصادر لكي ما يكون تأثيرها عمالا . فلا يستطيع انسان بمفرده أو جهة من هذه الجهات بمفردها أن تقدم الحل . وسوف نستطيع أن نقرر أن الأهمية النسبية لأي عامل (أو جماعة) من العوامل أو الجماعات السابقة في مقاومة الايمان يتوقف على الدور الذي يلعبه بالنسبة لعملية الايمان ، والدور الذي يلعبه في حياة المدن بحيث إذا كانت الاسرة سببا في الايمان فإن العمل على اصلاح الاسرة وعلاج مشكلاتها يبدو أمرا ضروريا . كذلك إذا كانت الاسرة ليست سببا في الايمان لكنها تحتل أهمية بالنسبة للفرد وتؤثر فيه فإن الاسرة يجب أن توجه ويستعان بها في التأثير على الفرد .

٣ - يحدث السلوك دائما في إطار اجتماعي نقالي . وعادة ما يعطى هذا الإطار الاجتماعي النطاق للسلوك معناه . ولذلك فإن تعريف الملتزم ورد فعله غالبا ما يكون أكثر أهمية في تحديد المشكلات التي ترتبط بتماطل المخدرات أكثر مما تحدها عملية التعامل نفسها . ولهذا فإن التخطيط لأي برنامج سيتدخل في عملية الحد من الايمان أو العلاج أو التأهيل يجب أن يبنى بهذا الإطار الاجتماعي والدور الذي يلعبه .

٤ - تلعب معتقدات الإنسان وطرق إدراكه للمفرد دورا أساسيا في عملية الايمان وفي الأقدام عليها سواء كانت هذه المعتقدات حقيقية أو خيالية . وسواء قبلها الآخرون أو لم قبلوها . فالشخص الذي يعتقد أن تناول له عتار يمكن أن يزيد من قدرته على الإبداع يصعب أن ننمعه من ذلك بمجرد أن ثبت له أن التعامل لا يؤدي إلى هذه النتيجة . وينتشر في بعض البيئات ولدى بعض الأفراد الاعتقاد في أن تعامل بعض المخدرات يؤدي إلى زيادة القدرة الجنسية وبالتالي يكون هذا المعتقد مؤثرا في مزيد من الأقدام على تناول المخدر حتى وإن كان منعه لا يرتبط بهذا الجانب . وربما تلعب عملية الإيحاء دورا هاما في الربط بين المعتقد السائد وبين تناول المخدر .

٥ - لا بد أن يؤدي أي سلوك وظيفية فيما يتعلق باشباع حاجات جسمية أو نفسية أو اجتماعية . والاييل هذا السلوك إلى الاختفاء . ولهذا فعندما يستمر سلوك المدن فلا بد أن يؤدي وظيفية ويشبع حاجة أو أكثر من الحاجات الإنسانية . وسوف يتوقف الايمان عندما تختفى هذه الحاجات أو عندما يتم اشباعها بطرق أخرى . ويتم اشباع بطرق أخرى من طريق عملية الإحلال بحيث نحاول استبدال مادة التعامل بشيء آخر أو ممارسة أخرى تحل محل السلوك الإيماني الذي يكون الشخص قد اعتكف عليه . ويحدث ذلك على وجه الخصوص بالنسبة لمديني تدخين السجائر . ويلاحظ أن المادة التي تحل محل مادة التعامل لا يجب أن تكون مادة يمكن أن يدنها

الشخص والا تكون تد خلفنا مشكلة جديدة . وعادة ما نحرم على عملية الإحلال والبيديل في بداية علاج الايمان حينما يكون من الصعب التغلب على العادات الدرية التي رسخت لدى للشخص عن طريق الامتناع المقسام مرة واحدة .

ويجب أن ندرك أن الايمان لا يشبع حاجات جسمية وبيولوجية فقط بل يمكن أن يشبع حاجات نفسية وشخصية أيضا . مثل اشباع الحصول الاستعراضي واشباع الميل الى الزهو لدى مدمنى الخمر ، وتحقيق المهروب من الواقع كاسلوب انسحابي لحل المشكلات لدى كثير من المتعاطلين ، وفي هذه الحالة يكون حل المشكلات واشباع الحاجات النفسية وسيلة أساسية للتغلب على عملية التعاطل .

٦ - لا تؤدي المعلومات، بالضرورة الى تغيير الدوافع أو التعليل ، لا يربط المعلومات التي نتقنها من الايمان (وهو التأثير في الإطار المعرفي للفرد أو الجماعة) بالمعتقدات والاتجاهات والقيم واتماط الحياة والالتزامات الأساسية للفرد . ولذلك فإن المعلومات التي نتقنها عن التعاطل أو عن سلوك التعاطل وتأثيره يعتبر أمرا هاما كمنصر أساسي في اتخاذ القرار . ولكن تقديم المعونة والمعلومات وحدها من شخص يوجه والاخر يستقبل لا تعتبر ذات قيمة كبيرة ذلك أن الانسان يميل دائما الى التأثر والأخذ بما يرتبط بمعتقداته وينسب ويعمل سلوكه . وهذا ينطبق على هؤلاء الذين يتعاطلون المخدرات وعلى من يسمون الى أحداث تغييرات في تعاطل المخدرات أيضا (٣) .

ونود أن نشير في نهاية الحديث عن الشخص المدمن أنه ليس بالآزم أن يكون الفرد المدمن شخصا مريضا من الناحية النفسية . وقد أثبتت دراسات عديدة أن سمات شخصية الانفراد المدمنين أحيانا لا تختلف عن سمات شخصيات غيرهم من غير المدمنين . بحيث لا يمكن تصنيف شخصية المدمن أو السكير على أنها شخصية سيكوباتية . فإن أي فرد قد يبدأ في تعاطل مواد مخدرة مرضا كنتيجة لباعث عضولي أو بسبب عادة شعبية في بعض المجتمعات ، وأما جهلا منه بأنه يستخدم مواد مخدرة الامر الذي يحدث بالنسبة للوصفات الطبية وأدوية أمراض البزم ، ويبدأ هذا الشخص بعد فترة يشعر بالضيق والكآبة اذا ما بعد عنه المخدر . ثم ينتبه بعد ذلك الى العلامات

بين الكتابة وبين المواد المخدرة ، وبهذا يصبح لدينا بعرف النظر عن نمط شخصيته (٤) .

للموسط الاجتماعي التثاقلي لعملية الادمان :

تقصد بالموسط الاجتماعي التثاقلي لعملية الادمان مستويين سونه يتضح ثل منهما بجلاء في مناقشتنا في هذا الجزء . المستوى الاول هو **مستوى المجتمع الكبير** اى مجتمع الدولة الذى عادة ما يصدر قوانينه ويحدد موته من عمليات الادمان ويحوى ثقافة ترتبط من قريب أو من بعيد بهذه العملية . أما **المستوى الثانى** فهو **القطاع المحلى الاضيق** مثل البيئة أو الخى السدى ينشأ فيه الفرد أو الجماعة الدينية أو الطبقية التى ينتمى إليها ويدخل ضمن هذا المستوى الأسرة التى ينشأ فيها الفرد أو يكونها وجماعة الرفاق الصغيرة التى ينتمى إليها . ويفضل أن نقسم هذا **المستوى الثانى إلى نوعين** من الجماعات مثل الجماعة الطبقية أو الدينية أو المهنية أو السلالية التى ينتمى إليها الفرد ثم **المحيط الاجتماعى الاضيق** وهو الأسرة وجماعة الرفاق ... الخ . ويمكن أن يتضح لنا بجلاء ارتباط هذه الاوساط الاجتماعية بالادمان وامكانية وجود تفسير يوضح السبب الاجتماعى للتثاقلي للادمان من خلال مناقشتنا للتفسير الآتية :

١ - اختلاف ظاهرة الادمان من مجتمع إلى آخر :

تختلف الظاهرة من مجتمع إلى آخر . وعلى الرغم من أن ظاهرة التمتع ظاهرة عالمية الا أن ظروف وشكل تواجدها في مجتمع ما يختلف عن شكل وظروف تواجدها في مجتمع آخر . وعلى سبيل المثال فان ظاهرة تساملي الحشيش في مصر تتسم بما يمكن أن يطلق عليه « **الازمان** » Chroniely ففى مصر يوجد تماطين مقي على استمرار تماطينهم لهذا المخدر عشرون عاما أو أكثر أما في المجتمعات الغربية فان العمر الاجتماعى للظاهرة لا يقد تحقاً إلى أبعد من منتصف الستينيات . وبالتالي فان تكوين الظاهرة لدينا يختلف عن تكوين الظاهرة لديهم . كذلك فان الفلت التى أدمنت الحشيش في مصر

(٤) ادوين سندرلاند ، دونالد كريسى ، مبادئ علم الاحرام - ترجمة وراجعة للواء محمود السباعى ، الدكتور حسن صادق المرصافى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة سنة ١٩٦٨ ، ص ١٦٦ ، ١٦٧ .

تختلف عن البثلك التي أمنتها في حول غربية . معنى هذا أن وبائيات الألمان تختلف من مجتمع الى آخر (٥) . ومعنى هذا أن العوامل المجتمعية التي تكون في المجتمع الكبير وتؤدي الى تسهيل أو تعويق الألمان تتباين بتباين المجتمعات . وينتج عن ذلك أن محاولة التعرف على الأساليب والوصول الى تسلسل صحيح يتطلب التعرف على الظروف المجتمعية .

٢ - تنوع أساليب الإدمان ومواده بتنوع البيئة الطبيعية والاجتماعية :

تؤثر البيئة الطبيعية التي يوجد بها الناس في نوعية المواد التي يتعاطونها . فهناك مواد عديدة تنتشر في مجتمعات دون غيرها بسبب إمكانية زراعة النباتات التي تستخرج منها هذه المواد . بينما يصعب وجودها في مجتمع آخر اللهم إلا اذا نقلت اليه .

كذلك فإن طبيعة البيئة الاجتماعية تتحكم في شكل الإدمان أيضا .. فالعاطق والمدن الساحلية بسبب موقعها تكون عرضة لخطر تهريب المخدرات . والمدن الصناعية التي تتجمع فيها جماعات عمالية من مستوى معين تصبح المنطقة العمالية بيئة ينتقل فيها خطر الإدمان بفعل تأثير الأشخاص في بعضهم . كذلك فإن من يعملون في بعض المهن مثل قيادة سيارات التاكسي والجرة يمكن أن تنتشر بينهم كجاعة مهنية عملية التعامل كدفع من ثقافة المهنة ، ويدعم ذلك الآراء والافتكار التي تتناقل بينهم عن أثر المخدرات على الاستقرار في القيادة وعدم الاحساس بالتعب حتى أن التعامل يصبح جزءا من مستلزمات ممارسة المهنة وجزءا من ثقافة المهنة . ويشجع على ذلك أيضا أماكن الراحة التي يتجمع فيها السائقين على الطريق العام حيث تكون هذه الأماكن بيئة يمارسون فيها التعامل .

ويمكن أيضا أن تكون الأحياء الشعبية والمناطق المختلفة بيئات خصبة لانتشار عادات ادمانية خاصة . فقد افصح أن بعض الأحياء المختلفة هي بؤر لتعاطي المخدرات والاتجار فيها . بل أن طبيعة بعض الأحياء من حيث التكوين الورقولوجي قلبي قد ساعدت على أن يصبح الحي مرتبطا بالاتجار في نوعية معينة من المخدرات بجانب أن عملية التعامل تتم داخله . أيا

(٥) د. مصطفى سويف ، دروس مستفادة من بحوث تعاملات المخدرات في مصر ، الكلب المنوي لعلم الاجتماع . اشرف الدكتور محمد الجوهري . العدد السادس ، دار المعارف ، أبريل سنة ١٩٨٤ ، ص ٢٥٤ .

البيئات المختلفة مثل أحياء الزباليين فقد انضج أنه ينتشر فيها أنواعا من المخدرات والخمر ، ففى إحدى التجمعات كانوا يذمنون « العيزتو الأحمر » .

٢ - نتائج المفهوم الاجتماعى السائد عن المادة على الامنان :

عادة ما يكون لدى أعضاء أى مجتمع مفهوم سائد عن الظواهر والأشياء التى توجد به . ويتضمن المفهوم تحديدا لمدى شرعية الأشياء والظواهر وأنماط السلوك . وعندما يحدد المجتمع مفهوما عن الأشياء فإن سلوك الإنسان تجاه عالم الأشياء ينتظم فى أشكال معينة ترتبط بهذا الحكم . ولا شك أن المجتمع يمكن أن يعتبر أن تعاطى مادة معينة يعتبر عملا إجراميا مثل تعاطى الحشيش أو الأفيون بينما يعتبر أن تعاطى الخمر فى بعض الأسر نوعا من الرقى . فقد نجد من يباهى بأنه احتسب الويسكى فى مناسبة معينة دون خجل . ويمكن أن ندرك رد الفعل تجاه كلمة « شاميانيا » لكى نعرف أنها لا تثير رد فعل سلبي مثل ما تثيره كلمة بخدرات ، ولهذا فإن الاقدام عليها يكون أكثر سهولة من الاقدام على تعاطى المخدرات مثل الحشيش والأفيون .

ويلاحظ أن كلا الثقافة والائتماء الاجتماعى يحددان معاً ما إذا كان اسم المادة المخدرة أو المنشطة التى يذمنها الناس يمثل وصفاً أو لا يمثل وصفاً بل يدعو إلى المباحة والفخر بالرجولة . فتعاطى الحشيش يمكن أن يصبح وصفاً عار وجريمة عند أبناء جماعة دينية بينما يعتبر من مكشفيات المهنة لدى أبناء جماعة أخرى ، ويعتبر علامة على الفخر والرجولة لدى جماعة ثالثة قد تكون جماعة إجرامية .

الأكثر من ذلك أن المفهوم الاجتماعى السائد عن بعض المواد وبعض أنواع السلوك قد يخرج بعض المذنبين من قائمة المذنبين وهذا لا يعطى فرصة للعمل على اتلاعهم عن الامنان . نلاحظنا يصبح السلوك الدوائى الخاطيء نوعا من الامنان . فالمهذبات التى تستخدم للسكنى الآلم أو تهفئة التنفس وحبوب التخسيس وغيرها من العقاقير التى يصنها الأطباء أحيانا يكررها الناس ويزمنونها وهذا يؤدي إلى إرهاب جهازهم العصبى . ويؤدي الاستقرار فى ذلك إلى تعقيدات واضعاف من قدراتهم على تحمل مواقف الحياة . فى هذه الحالة يكون المفهوم الاجتماعى السائد محالفاً بالنسبة لمن يتعاملون فهو لا يصنفهم على أنهم مدمنين يتعاملون لكنه يصنفهم على أنهم مرضى يسمعون عن طريق هذه العقاقير إلى الشفاء ولهذا فإن رد الفعل المطلوب أن يحدث ضد عملية الامنان يكون فى أدنى درجاته ويحتاج الأمر

الى تغيير النظرة وتغيير المفهوم الاجتماعي السائد عن هذا النوع من التعامل
لكى لا نخرج هؤلاء المدمنين من دائرة الضوء.

٤ - طبيعة الحكم الاخلاقى للمجتمع واستمرار الادمان :

ان اول ما يوضح لنا اهمية العامل الاجتماعى فى موضوع الادمان هو
ان المجتمع هو الذى يحدد ان مادة معينة يمكن أن ينظر الى استخدامها على
انه مشكلة . فعندما يقرر أى مجتمع ذلك فان هذا يؤثر على رد الفعل تجاه
هذه المادة . ان المادة نفسها ليست شئنا مثيرا للمشكلات ولكن طرق
الاستخدام التى يحكم عليها المجتمع أنها طرقا ليست مقبولة تصبح هى
المشكلة . ويصل المجتمع الى هذا الحكم من طريق النظر الى نتائج الاعتياد
على تناول أو تعاطى مادة مينة بطريقة منتظمة . كذلك فان المجتمع أيضا
قد يقدم حكما اخلاقيا على استخدام مادة معينة بالنسبة لفئة من فئات المجتمع
ويقدم حكما اخلاقيا مخالفا اذا استخدمتها فئة أخرى . ففى بعض الاحيان
يساهم فى ادمان الكبار للكشخين والاعتياد على بعض انواع التبغ بينما ينظر
الى ذلك على أنه انحراف اذا اتاه صغار السن . وتؤثر استجابة المجتمع
ورد نمطه لادمان أى مادة من المواد على استمرار المتعاطين . ذلك أن رد
الفعل الشديد للمجتمع يمكن أن يؤدي الى الإقلال من الادمان . ولكن يلاحظ
أن بعض رموز الفعل قد تكون مثبجة أو عاطفية أو غير متعلقة (٦) .

٥ - توفر المادة المخفزة فى المجتمع :

لا شك أن توفر المادة فى المجتمع يساعد على انتشار الادمان والعكس
صحيح . فمن المروف أن الناس يستخدمون العقاقير المخفزة على نطاق
واسع ، وقد أضحت الدراسات — كما يتضح من ملاحظة الواقع — أن
كثيرون يستخدمون العقاقير بطريقة معتدلة ، وتقليون يستخدمونها بانراط
وأقلية صغيرة تدمن اساءة استخدام العقاقير . وهناك مجموعة من القوى
الانفسية والاجتماعية تساهم فى تشكيل هؤلاء الأفراد مثل سهولة توفر العقار
واكثافة شرائه دون حاجة الى روصشة طبيب ، بجانب أنهم يجدون من
يعلمهم تناول العقار واستخدامه ، ويؤدى الى ذلك أيضا عدم وجود تسلسل

كاف من الثقافة تشمل بظورة استخدام العقاقير . وبصفة عامة فإن استهلاك العقاقير ينتج عن التنازل المستمر بين قوى بيولوجية وشخصية ومجتمعية متعددة ، وهي تحتاج الى تميز على لغرات لكي تستمر (٧) .

٦ - ارتباط الانبعاث بالتصنيفات الاجتماعية المتداولة :

وتؤدى الظروف الاجتماعية أيضا الى ظهور أنماط جديدة من الانبعاث ترتبط بالموتف الاجتماعى للشخص الممن من حيث مستواه المادى أو فئته العمر التى ينتمى اليها . ويوضح ذلك انتشار عادة استنشاق بعض المواد المتطايرة مثل البنزين أو الصمغ أو طلاء الاظفار ، ومخففات الطلاء والسائل الذى يستخدم فى تلميع التوالعات . وتحتوى كل هذه المواد على فحوم باهية تؤثر على المخ والكبد والرئتين ، ويؤدى استنشاقها الى الاسترخاء والسحوخة وأحيانا الهلوسة (٨) . وتعد لوحظ ان سلسلة قدم البنزين على وجه الخصوص بين الاحداث المراهقين الذين ينتمون الى طبقات فقيرة ، تنتشر فى إحدى لجدول الافريقية اسم « الشباشمة » ان يلجأ هؤلاء الاحداث الى هذه الطريقة لانهم لا يمكنهم شراء الخمر أو أى مادة مخدرة . ولهذا فهم يلجأون الى محطات تعبئة السيارات بالبترول ويضعون قطعة من القطن أسفل خرطوم البنزين أثناء تعبئة السيارة ويتلصقون عليها النقط والبتايا المتساقطة من الفوهة بعد ملء السيارة بالبنزين . وأحيانا عندما لا يسمح لهم بذلك يحاولون نزع ثائك بنزين السيارات أثناء وقوفها فى غيبه أصحابها مما يؤدى فى بعض الأحيان الى أضرار عظيمة مخزن الوقود . ويعد المراهق القطننة فى مخزن الوقود من طريق ربطها بخيط أو سلك ويستخرجها ويضعها فى ملبة ويحكم غطاء العلبة بعد فتحه لكي يستطيع استنشاق اللؤلؤ المتطاير من خلال الثقوب مع الاحتفاظ بقطعة القطن مبتلة أطول فترة ممكنة ، ويشاهد هؤلاء المراهقين يتجولون فى شكل جماعات صغيرة تتكون من فردين أو ثلاثة بجوار أماكن انتظار السيارات أو محطات البترول . وأحيانا يكون لهم مكان إقامة مشترك يجتمع من تعودوا على التنهب من المنزل لأكثر من يوم أو من ليست لهم منازل من الشردين . ومن الطبيعى أن تساعد الإقامة المشتركة والتجمع معا على تأثير الاعضاء الجدد واعتيادهم على التماطى .

(٧) سميد محمد الحفار - البيولوجيا ومصر الانسان ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب - الكويت ، نوفمبر سنة ١٩٨٤ ، ص ٧٩ .
(٨) د. عادل الدبدادش ، المرجع السابق ، ص ١٧ ، ١٨ .

ويبدأ التعاطي أولا بالتعلم ، ثم بعد ذلك يتكرر السلوك ويتحول الى تعاطي . لهذا عادة التعاطي ما يحدث في وسط اجتماعي معين ، ومن شأن الوسط الاجتماعي أن يعزز التعليم . فإذا تعلّم الشخص العتار في مكان معين قد ترتبط ملامح هذا المكان فيما بد بتجربة تعاطي العتار وقد تحفز على التعاطي مرات أخرى . ويزداد احتيا ل تكرار التعاطي كلما ارتبط ذلك بجماعة من الأصقاء . فمثلا كثيرا ما تحدث المتعة في التتخين في مجالات عريضة من الأنشطة ، ونتيجة لذلك يمكن لتلك الأنشطة المرتبطة أن تحفز الشخص الى اعادة التتخين على الرغم من رغبته في الإطلاع عنه (٩) .

أما بالنسبة للغة العمرية فلن تصنيف المجتمع الى فئات سن مختلفة يعطينا فرصة أفضل للتعرف على طبيعة الدوافع التي تكن وراء عملية الادمان وعلى سبيل المثال يلاحظ أن الادمان لدى كبار السن يختلف عن الادمان لدى الشباب فيما يتعلق بنوعية المخدر . فعادة ما يدين كبار السن نوعا واحدا من المخدرات أو العقاقير أما الشباب فتؤدى عوامل تتعلق بالمرحلة العمرية التي يعيشون فيها وسبب الشخصية التي تميز هذا السن الى ايمان أكثر من مادة مخدرة . فإحيانا يكون الدافع هو البحث عن مادة أكثر قوة وفعالية ، وإحيانا يكون الدافع هو تجريب الشئ الجديد . وإحيانا يكون الدافع هو ابتلال تأثير ذات تأثير مضاد مثل مدين المنومات لئلا الذي يتعاطى منشطات صباحا ليزيل الشعور بالكسل والنعاس (١٠) .

وهناك أيضا انماط تفضيل للعقاقير تتوافق مع مراحل معينة في دورة الحياة ، ففي الثلاثينيات والاربعينيات يميل الانسداد الى تفضيل مثبطات الجهاز العصبي المركزى التي تبلد الحس وتقلل من شدة الاستجابة لمؤثرات كثيرة وتعطل وظائف البدن ، وكثيرا ما يصبح الكحول الطريق المشترك النهائي لكثير من إمرطوا في العقاقير (١١) .

٧ - يثار السلوك الانماني بالتغيرات التي تحدث في المجتمع :

حينما يتغير المجتمع تتغير طرق الممارسة والمادات الانمائية ، وإحيانا تتغير المواد التي يدين عليها الأفراد . ويمكن أن تؤدى التغيرات أيضا الى

-
- (٩) د. سميد الحفار ، المرجع السابق ، ص ٨٢ .
 - (١٠) د. عادل الدبردائش ، المرجع السابق ، ص ٢٧ .
 - (١١) د. سميد الحفار ، المرجع السابق ، ص ٨١ .

أن تدخل جماعة معينة من دائرة الادمان بينما قد تخرج جماعة معينة منها . فقد أصبح بعض الريفين في الدول النامية يذنون الكحول بمعد فترة من الزواج الاقتصادي المفاجيء حتى إنه يقال أن العامل الزراعى كان يأخذ أجره متضمنا وجبة غداء لابد أن تحوى على مشروبات كحولية الامر الذى كفى يمكن أن يستنكر تلبا قبل فترة الزواج بعشرة أعوام . أما بالنسبة للمادة نفسها فإن ارتفاع أسعار مواد مثل الهيروين والكوكايين يجعل المادة تختفى من السوق أو لا يقبل عليها الكثيرون ، وتظهر مواد أخرى مثل الحن المخدرة والحبوب المخدرة الأقل سعرا من المواد السابقة . ولهذا فإن تعرفنا على الاسباب يتطلب وعيا بموايل التنفير الاجتماعي ومطامره ثم نتاجه .

٨ - يؤثر الادمان على المجتمع :

يؤثر الادمان على تعاملات عديدة من المجتمع ويتردد مداه في مجالات الحياة اليومية . وعلى سبيل المثال يؤدي السلوك الانمائى الى الاخلال بالنظام والاداب العامة في المجتمع . وهو قد يؤدي الى انتهاكات لعريات الآخرين ، ويمكن أن يرتبط أيضا بالجريمة . فقد يرتبط ادمان الخمر بالقتل والاعتصاب والتشرد وهجر الأسرة . وإذا كان السكر لا يشجع على العدوان لكنه يضعف من القدرات الانتلجية ويقلل من الاهتمام بالمصالح . كما أنه يسفر عن طلب الكسب لارضاء الشهوة أكثر من طلبه لاعالة الأسرة (١٢) .

وإذا كان التعللى لا يرتبط بالجريمة مباشرة إلا أن هناك الكثير من الجرائم كما سبق وفكرنا يرتبط بالتعللى . وعلى سبيل المثال فإن التعللى عندما لا يجد المخدر قد يسرق أو يأتى عملا إجراييا لتأمين الحصول على المخدر . كما أن المواد المخدرة قد استخدبت استخدامات عديدة ضد الناس خاصة في حالات السرقة والاحتيال .

ثانيا

الابعاد الاجتماعية في الوقاية والملاج

إذا كنا نفكر في علاج لمظاهرة الادمان ، وإذا كنا نهتم بالوقاية منها
فإننا يجب أن نبين منها يتسق مع التقسيم الثلاثي الذي قدمناه وهو يدخل
دراسة الموضوع من خلال تصنيف الموقف الادمانى الى مادة وشخص مدمن
وبيئة اجتماعية . وفي هذا الصدد هناك أربعة اتجاهات أو أربعة مداخل
يحاول كل منها علاج مشكلة الادمان بطريقة معينة وهى :

١ - الاتجاه القانونى الاخلاقى :

يهتم هذا الاتجاه بالمخدر نفسه ، ويقسم العقاقير والمواد التى تتعامل
الى مواد ضارة وأخرى غير ضارة . ويصل المجتمع من خلال القانون على
منع استخدام المواد الضارة ، وتنظيم استخدام مواد أخرى إذا استخدمت
بطرق مخالفة يمكن أن تحدث ضررا مثل العقاقير الطبية . ويتم المنع والمقاومة
هنا عن طريق فرض عقوبة على المتعاطى وعلى من يتاجر فى المادة نفسها .
ولا يهدف المجتمع من خلال ذلك الى مجرد المنع بقدر ما يهدف الى حماية
الناس - بالقانون - الذين يمكن أن يكونوا ضحايا لاستخدام هذه المواد .
ولهذا فإن القوانين يمكن أن تتناول وتنظم عمليات ايجاد المادة (مثل زراعة
النباتات التى تستخرج منها المواد المخدرة) ، وتحويلها وتصنيعها وتوزيعها
وبيعها والمشاركة فى تداولها وامتلاكها . وفى بعض الأحيان تعمل على تنظيم
المواد أو الانوات المستخدمة : والهدف من ذلك هو التحكم فى توفر المادة
والحد من ضررها الجسدية والنفسية والاجتماعية .

وعلى ذلك فإن التوعية التى ترتبط بهذا الجانب تركز على العقوبات
التي تتعلق بالبيع والاستخدام وحيازة المادة . ونود أن نشير الى أن بعض
المواد قد يكون استخدامها قانونيا ، مثل استخدام المواد المخدرة فى الأغراض
الطبية ، ويكون استخدامها غير قانونى إذا استخدمت فى مجالات أخرى .

٢ — الاتجاه الطبى أو اتجاه للصحة العامة :

الاتجاه الطبى هو الذى ينظر الى مشكلة الامان من جانبها الصحى . وينظر الى العوامل الثلاثة (المسادة ، والفرد ، والأطوار الاجتماعى) على أنها العامل المؤثر فى المرض ، والشخص المتأثر بهذا الملل والبيئة التى يوجد فيها الشخص تباها كما ينظرون الى الأمراض المعدية . وفى إطار هذا الاتجاه ينظر الى الفرد على أنه مستهدف أو غير مستهدف للإصابة بالمرض الابدائى ويمكن أن يؤدى الى أصابة الغير (يدى ويمدى) . وتتجه البرامج فى هذا الاتجاه الى القوعية عن طريق المعلومات التى تحدد الضرر الجسمى والاجتماعى الذى يحدث عنصبا يعتاد الشخص على تعامله لمدة من المواد . ولا يقتصر هذا الاتجاه على النظر الى المشكلة على أنها مشكلة صحية لشخص مدمن ، فله يتد بالنظر اليها على أنها مشكلة تتعلق بالصحة العامة ، مشكلة وباء صحى اجتماعى يؤثر على المجتمع .

٣ — الاتجاه النفسى :

من الطبيعى أن يركز هذا الاتجاه على النرد المدمن . فهو يهتم باستخدام المخدر ودمن المخدر أكثر من اهتمامه بنفس المسادة أو فاعليتها . فهو ينظر الى الشخص على أنه الملل الدينامى الذى يجب أن تتطو به عملية العلاج وأن الامان يمكن القضاء عليه من طريق التداخل مع الشخص وليس مع القوانين المقسة أو المنظمة لاستخدام المسادة . وبالفالى فهو يهتم بمعنى ووظيفة المخدر بالنسبة للشخص . وبالسلوك الابدائى . ويرى بين الأنماط السلوكية المفاونة لاستخدام المخدر من حيث الكمية والتكرار واشكال التعامل والوظائف التى يخدمها ، ويفترض أن كسل ذلك يمكن أن يختلف من فرد الى آخر . ويهتم بالأطوار الاجتماعى بقدر معين وهو كيفية تقبل الانراد المحيطين أو المجتمع المحلى المحيط بالشخص المدمن . وينظر الى الأطوار الاجتماعى فى هذه الحالة على أنه يسهم فى المشكلات المتعلقة بالاستخدام ، وذلك من خلال تحديد وتعريف الشخص لها . ويصفه على أن هذا الاتجاه يركز على الانراد وعلى سلوكهم .

٤ — الاتجاه الاجتماعى الثقافى :

الاتجاه الرابع يهتم أساسا بالبعد الثالث من المشكلة وهو البيئة الاجتماعية الثقافية التى يحدث فيها سلوك الانسان . وينظر اليها على أنها

وعاء يتم داخله نضوج سلوك المدين ، ولكنه وعاء ليس سلبيا فهو يفسر مواد عديدة مؤثرة على هذا السلوك . كذلك يهتم هذا الاتجاه بالنظر الى الوعاء الاجتماعى الفائق على انه يملك بعض أسباب المقاومة والوسيلة والعلاج وانه من خلاله يمكننا ان ننقل الى الشخص المدين وتعدل السلوك .

ويرى أصحاب هذا الاتجاه ان بعض العقاقير والمخدرات كتكتسب معناها واهميتها ليس من خلال الخصائص الكيميائية التأثيرية التى تخنق عليها ولكن من خلال طريقة استجابة المجتمع لها ولاستخدامها . وينظر فى هذه الحالة الى تعامل المخدرات على انه سلوك انحرافى هدام . - ومثله مثل أى سلوك انحرافى فان الضرر يعود على الفرد من اتباعه للسلوك نفسه أو بسبب استجابة المجتمع لهذا السلوك . وهو لا يأخذ فى اعتباره هذا البعد . فقط انما يمتد الى دراسة ظروف البيئة الاجتماعية الثقافية كأمسبب تؤدي الى الضغوط النفسية ، وفى ضوء ذلك يصبح الفقر والاسكان المدهشم . والفقر ، وعدم توفر فرص العمل والتصنيع والتخضر كلها عوامل مؤدية الى العوامل الشخصية النفسية التى يهتم بها المدخل النفسى . تلك العوامل مثل البيوت المزدحمة وغياب الارشاد الوالدى وضعف قوى الضبط الاجتماعى .

ويرى هذا الاتجاه أيضا انه على الرغم من اننا نميل دائما الى النظر الى السلوك غير المرغوب على انه نتيجة لجوانب غير مرغوبة فى التسلسل الاجتماعى فان كثيرا من الجوانب غير الموافق عليها ترتبط اساسا بأشياء يوافق عليها ويحبها المجتمع . فلك ان التلذذ والتمتع والانتهاز والانتاجية يمكن ان ترتبط بهذه الجوانب .

من الطبيعى ان يمثل كل اتجاه من هذه الاتجاهات بعدا لها يمكن من خلاله رؤية التعامل والظواهر المرتبطة به وتكسود الى توصيات وأنعمال مخطنة يتم تصحيحها لتعديل عملية استخدام هذه المواد . وكل منها يقدم رؤية للمخدر والانسان والمجتمع ، ولعملية التعامل بينها .

وكل اتجاه من هذه الاتجاهات نفعا فى عملية مقاومة الادمان . ويتضح ذلك بما يلى :

١ - ١3٩ كلن التحدى الذى يواجهها هو ابعاد المخدرات عن الانسان لنلى القتالون يفرض القتالون يلعب دورا هاما فى هذا الصدد .

٢ — وإذا كان الهدف هو أبعاد الإنسان عن المخدرات والخمور فإن المسئولية سوف تقع على العلوم السلوكية ومن عملوا فيها .

٣ — وإذا كان علينا أن نخلق بيئة تساعد الإنسان على كيدية التعامل مع هذه المواد بشكل يعرضه للادمان ولا يضره ولا يضر المجتمع الذى يوجد به فإن كل مؤسسة أو هيئة أو نظام اجتماعى وكل فرد يعمل فى أى منها سوف يكون له دوره الذى يلعبه .

أن تمتد هذه الجوانب المديدة يتطلب دراسات تتعلق بالموضوع من جوانبه المختلفة . ويتطلب الأمر ألا يكون لدينا ميل إلى أن نبسط المشكلة ونبسط الحلول أيضا . فكل مجتمع أو كل جماعة تميل لأن ترى لكل مشكلة حلا بسيطا وسريعا وربما يعمدها هذا عن الاجتهاد المطلوب للدراسة والتحليل فتصدر آراء وحلول بعيدة عن الواقع . ويلاحظ أننا كلما نظرنا إلى المشكلة نظرة مبسطة ولم ننتعق فى بحث جوانبها كلها وضعنا حولا سريعة وساذجة تتناسب مع سرعة وسذاجة البحث والتحليل وبالتالي ابتعدنا عن أن نصل إلى نتيجة وسنظل المشكلة موجودة وسنظل نضع لها حولا كل يوم . أن حل مشكلة الادمان يتوقف على أمرين :

الاول : هو البحث الجاد المتعمق الذى يمتد إلى مختلف العوامل المؤثرة فى الظاهرة ، ومختلف الملاحظات التى ترتبط بها .

الثانى : تعاون فريق بحثى يعمل معا فى نظام تكاملى مشترك . فنحن فى حاجة إلى عالم الاجتماع والأنثروبولوجى ، ورجل الدين ، والكيميائى والطبيب وعالم النفس لكي يدرسوا المشكلة كل من جوانبها ويضعوا لها الحلول إذ سيحاول كل منهم أن يعالج الزاوية التى ركز عليها فى الدراسة والتحليل (١٣) .

ويحتاج علاج مشكلة الادمان إلى ما يأتى :

١ — تحديد واعيا لأبعاد المشكلة يتضمن وصفا لأبعادها أكثر مما يتضمن اتجاهها عاطفيا ليا كل .

٢ — اختيار وتقييم الطرق والأدوات والخطط التى تتناسب مع وصف المشكلة التى تم تحديدها تحديدا دقيقا .

٣ - تقييم مستمر لدى التقدم الذى يحدث .

٤ - تحديد الاخطاء التى تحدث أثناء العلاج ووجود رغبة اكيدة فى تغيير الطرق وتجريب طرق جديدة اذا ثبت فشل الطرق التقليدية .

والواقع ان تعريف بشكالات الامان احيانا تتم بطرق مختلفة ومتباينة الامر الذى ادى فى كثير من الاحيان الى آراء متناقضة . ونحن يجب ان نسأل دائما ثلاثة أسئلة لكى نستطيع ان نحدد المشكلة تحديدا دقيقا وهى :

- ما هى المادة المستخدمة ؟

وذلك للتعرف على تأثيرها .

- من يستخدمها ؟

وذلك للتعرف على خصائص المستخدمين .

- باى طريقة تستخدم وفى أى ظروف ؟

وذلك للتعرف على الظروف البيئية المسببة والمصاحبة .

ويحتاج الشخص الذى يريد ان يتقدم ، فى احوال الاجتهادية المؤدية الى الامان لدى ثبات معينة فى المجتمع الى ان يعايش هذه الفئات ويقترب منها دون مشاركة ، ذلك ان الاقتراب هو العامل الوحيد للتأكد من صدق ووضوح الصورة التى تنطبق فى ذهن الشخص المهتم بالعلاج عن طبيعة الموقف الانساني . جماعات المراهقين الذين يمتنون نوعا من المخدرات تحتاج الى التعرف على علاقتهم وعلى كيفية تكوين هذه الجماعات وطبيعة عملية القيادة فيها . كما تحتاج الى التعرف على الثقافة الخاصة التى تنتشر بين أبناء هذه الجماعات الخاصة . وعلى سبيل المثال لابد ان تعرف المصطلحات والكلمات المستخدمة للتعبير عن سلوك انساني معين . مثل لفظ « التخزين » الذى يعبر عن وضع قطعة الاقويون بين الاسنان والصدغ لفترة معينة .

وهناك عدة ضرورات هامة يجب ان نراعيها فى تخطيطنا وملاجئنا
لمشكلة الامان :

أولا - ضرورة اصطلاح طرق المقاومة والعلاج بالمسحة القومية :

وقد أشار الدكتور مصطفى سويف الى ان مشكلة تعامل المخابرات لها أبعادها القومية ، وهي ترتبط بالتاريخ السياسى والتشريعى للبلاد ، كما ترتبط بترائها ومبادئها وبنيتها الاجتماعية . ولهذا فان من يقومون بأية مجهود فى تخطيط البحوث أو العمل الميدانى لابد أن يكونوا من الباحثين الوطنيين الذين لديهم دراية كافية بتراث المنطقة وتاريخها . كذلك فان استيراد الخطط والطول ان يؤدى بنا الى معرفة حقيقة بأبعاد المشكلة وبالتالي سيكون مضللا فى عملية التخطيط لمواجهة (١٤) .

ثانيا - ضرورة تبنى مفهوم شامل للأمن :

يجب أن يتعد مفهوم الأمن الى أن يكون مفهوم أوسع وأشمل من مجرد تعامل المخابرات أو أمن الخور ، فهناك أمن استخدام المتاع ، فالناس يبنون أقراس الحساسية بسبب أنها تؤدى الى تهدة مصيبة وهي تؤدى أيضا الى الاعتماد النفسى (١٥) . ويبنون أيضا الاسبرين نظرا لسهولة الحصول عليه وسرعة تسكينه للألم . ويبنون السجائر والشاي وعادات أخرى كثيرة . كذلك نحن نحتاج أن ننظر الى الأمن كظاهرة مجردة تتبدى لنا فى صور مجتمعية عديدة .

ثالثا - ضرورة أن يمتد الاهتمام الى دائرة المستهدفين :

لا يجب أن يقتصر علاج المشكلة على علاج للمدنيين بل يجب أن يوجه جهد كبير الى حماية المستهدفين *Vulnerable* . ذلك أن هناك العديد من التناسى لا يبنون لأنه لم تتح لهم فرصة الأمن . وهذه فئة كبيرة متنوعة . وعلى سبيل المثال فقد كشفت إحدى الدراسات الوبائية فى مصر أن نسبة ١٠٪ من الطلاب غير المتعاطلين يتررون (بدرجة عالية من الثبات) أنهم على استعداد للتعاطل اذا إتاحت لهم الفرصة (١٦) . كما كشفت

(١٥) د. مصطفى سويف ، المرجع السابق ، ص ٣٥٤ .

(١٥) د. عادل الدمرداش ، المرجع السابق ، ص ١٩ ، ١٨ .

(١٦) د. مصطفى سويف ، المرجع السابق ، ص ٣٥٦ .

دراسات أخرى عن أن السفين ارتبطوا بسلوك انحرافى لمدة سنوات في
الاحياء المتخللة سهل أن ينجذبوا الى تماطى المخدرات . فالانحراف يمكن
أن يجعل الأفراد أكثر استهدافا للتماطى (١٧) .

رابعاً — ضرورة الاهتمام بالدراسات الميدانية والعمل في وسط الناس :

لا يمكن حل المشكلات الادمان في المجتمع ونحن نخطط للموضوع من
على مكائنا بكيفية الهواء . فلذا كان الادمان ظاهرة تتفاوت بتفاوت الثقاة
والطبقة والثقافة الاجتماعية . . الخ ، فان دراستنا للبيئات الاجتماعية
المحلية التي نجد فيها ظاهرة الادمان هي الوسيلة الوحيدة للتعرف على
الظاهرة ، وهي الخطوة الأولى والاساس الضرورى لمعالجتها . وليس لنا حتى
اذا أردنا أن نجرى هذه الدراسة عن أن نلجأ الى طرق البحث المتداولة في
علم الاجتماع والاندروبولوجيا للتعرف على كيفية دراسة الجماعات البشرية
المتنوعة ، خاصة دراسة الموضوعات الخاصة ذات الحساسية الشديدة مثل
الادمان . لهذا فالمنازل والشوارع والمستشفيات والميلادات هي البيئات
التي ندرس من خلالها هذا الموضوع . وعلى الباحث أن يدرب نفسه على
أن يتخذ من خلال هذه القنوات ، ويبدو أن مدخل العلاقات الانسانية
والشخصية مع من ندرسه ونعالجهم يعتبر أجدى من المدخل الرسمى
البيروقراطى (١٨) .

(١٧) David Sills, International Encyclopedia of Social Sciences,
The Macmillan Company and the Free Press, U.S.A., 1968,
p. 202.

(١٨) د . مصطفى سويف ، المرجع السابق ، ص ٢٦٥ .

الفصل الثاني عشر

طب الصحراء

دراسة ميدانية لفصائص وأساليب الطب التقليدي في الصحراء الغربية .

يفتقر موضوع الطب والعلاج في الصحراء أشد الانتشار إلى المهتمين والدراسيين ، وعلى الرغم من أن هناك دراسات عديدة أجريت على المجتمعات الصحراوية قام بها عرب واجتنب فإن هذه الدراسات قد ركزت على موضوعات اجتماعية وثقافية عديدة - وربما تكررت دراسة الموضوع الواحد لدى أكثر من باحث - إلا أن دراسة أساليب العلاج التقليدي لدى الجماعات لصحراوية ظلت بلا مهتم . والدليل على ذلك أن معظم الكتابات والدراسات التي صدرت من مجتمعات الصحراء باللغة العربية أو الانجليزية لم يتغبن التليل منها الا تليحات الى هذا الجانب بينما خلت معظم الدراسات - التي توصل اليها الباحث - من أى اشارات الى النسق الطبى التقليدى فى الصحراء . وسوف نقدم قليلا واحدا على ذلك وهو الكتب التي صدرت عن المجتمع البعوى العربى باللغة العربية ، نهى على كثرتها وتفاوت شمولها وعبتها الا أن معظمها خلى تدابا من الموضوع ، وكما ذكرت فإن القليل من هذه الكتب تناول الموضوع فى حيز ضيق لا ينى بالفرض . وعلى سبيل المثال نان الكتاب الضخم الذى ألفه الدكتور عبد الجبار الراوى بعنوان « البادية » وبلغ ما يقرب من ٦٥٠ صفحة لم يحو الا بعض السطور عن طرق التداوى عند البدو (فى حدود صفحة واحدة) . واكتفى فى النهاية بأن قال « إن الطب عند البدو يقتضى أن يند له كتاب » (١) . كذلك فإن الكتاب الذى كتبه اللواء نعمت الجوهري عن واحة سيوة بعنوان « جنة الصحراء » تناول باختصار بعض الامراض وطرق علاجها (٢) . وعلى ذلك فاننا يمكن أن

(١) عبد الجبار الراوى ، البادية ، الطبعة الثالثة سنة ١٩٧٣ .
(بدون ناشر) ، ص ٢٢٧ .

(٢) اللواء نعمت الجوهري ، جنة الصحراء - سيوة واحة آمون -
الدار القومية للطباعة والنشر ، الطبعة الاولى ، ص ٤٦ ، ٤٧ .

تقرر أيضا أن الدراسات المدبدة التي ركزت على الموضوع العلم الذي اصطلح على تسميته « الطب الشعبي » قد اندسب الاهتمام فيه على دراسة الطب الشعبي في الريف أو في المناطق الشعبية في المدن وبقيت الصحراء تتطلع لمن يروى ظباها وعطشها الى مثل هذا النوع من الدراسات .

لهذا ألفت هذه الدراسة الميدانية التي أجريت في منطقة صحراوية واحدة عبارة عن محاولة بتواضعة محدودة النطاق لوصف الطب الشعبي (التقليدي) السائد لدى البدو . والمنطقة التي تمت دراستها هي الصحراء الغربية في جمهورية مصر العربية تلك المنطقة المتشعبة التي تحوي جماعات بدوية مازال العديد منها يحافظ على ثقافته التقليدية خاصة ما تعلق بالطب والعلاج . وعلى ذلك فإن هدف هذه الدراسة التي نقدم تقريرها الآن ينحصر فيما يأتي :

١ - التعرف على خصائص الطب الشعبي البدوي في المنطقة والعناصر الأساسية المكونة له . وبناءا على ذلك فإن الدراسة تنحصر على وصف النسق الطبى التقليدي ولا تمتد الى دراسة دخول الطب الحديث في بعض المدن الصحراوية . وتقدم الدراسة بهذه الصورة أساسا وخليعة يمكن أن تقوم عليها دراسات تهتم بالخصائص التي حدثت في هذا النسق التقليدي الذي مازال سائدا بدرجات متفاوتة - بين معظم بدو المنطقة .

ب - جمع مادة ميدانية عن الصحة والمرض وتحليلها بهدف الوصول الى استنتاجات عامة تصبى على النطق الذي أجريت فيه الدراسة (المجتمع البدوي في الصحراء الغربية) والجماعات المشابهة له مع الافتراض المسبق لوجود تنوعات تختلف في درجتها ونوع اختلاف - أو تشابه - الابنية الاجتماعية والثقافات السائدة وبلتراض أنه اذا أجريت دراسات مماثلة في مجتمعات صحراوية أخرى - وهذا ما ينوي الباحث القيام به - أن نستطيع الوصول الى تسميات تتعلق بطبيعة وخصائص الطب للتقليدي في المجتمعات الصحراوية .

ج - اختبار مدى صدق بعض الآراء الواردة في دراسات مسابقة أو وجهك النظر (التي تهدف أن تصل الى مستوى النظرية) الواردة في تراث الأنثروبولوجيا الطبية مثل مدى ارتباط طابع العلاج بنوعية التفسير الذي يقدم للمرض ، ومدى لياقة المدخل الايكولوجي في دراسة مثل هذه المجتمعات ، ومدى ارتباط الطب الشعبي في الصحراء الغربية بالمعتقدات الامر الذي يشار اليه دائما (٣) .

(د) تقديم بعض التطبيقات العملية التي توضح جدوى هذه الدراسات

التي يتصور البعض أنها مجرد عرض لمادة ثقافية ثم جمعها ، أو أنها تصوير لطرق بدائية تثير الاستغراب ، وتوضح كيف يمكن أن تستخدم لتحقيق فهم أفضل للمجتمع وبالتالي للإسهام في حل مشكلاته الصحية والعمل على الارتقاء به . وعلى ذلك فإن الجزء الوارد في التقرير عن الأمراض وطرق علاجها عند البدو لا يمكن أن يهذف إلى مجرد سرد طرق علاج بدائية بعضها نافع وبعضها الآخر غير نافع . ولكن الهدف هو تحليل هذه المادة للتعرف على مسائل كثيرة مثل للتبريرات الثقافية للأساليب العلاجية ومدى التداخل بين العلاج الطبيعي والعلاج المعيني ، ونوعية العلاج السائد في حالة فئات التفسير أو استعصاء المرض . وهو ما سيمر بالتفصيل في التحليلات التي تلي سرد أنواع الأمراض وطرق علاجها .

وقد جمع الباحث المادة الميدانية الواردة في هذا التقرير بنفسه باستخدام دليل للعمل الميداني قام بالاسترشاد به في المقابلات التي أجراها مع الخبراء . وتكون الدليل أساساً من قائمة بأسماء الأمراض بالاضافة الى بعض الاسئلة الأخرى التي تثل أصابتها توضيحاً لنوعية وطبيعة الطب التقليدي السائد . وكان الاعتماد الأساسي في تكوين الدليل واستلكنه ومناصره على ما ورد في الفصل السابع من دليل العمل الميداني الذي تحميه « سوليبان » وعنوانه « مدخل إلى الفولكلور الأيرلندي » (١) . فقد ضمن سوليبان هذا الفصل قائمة مصنفة للمصنفين من الأمراض التي تسبب الإنسان ، مع أسئلة أخرى . وقد قام الباحث بترجيئتها وتعديلها بالحذف والاضافة وتعديل الاسئلة بحيث تلائم المجتمع الذي ستطبق فيه .

وقد تم تطبيق الدليل على عدد من الخبراء كبار السن اشترط أن يكونوا ذوي خبرة بهذه المسائل ، والبعض منهم يمارس المدايح الشعبية والبعض الآخر يهود يعمل في مجال الصحراء وله دراية بالأساليب التقليدية السائدة لدى البدو .

(3) Standard Dictionary of Folklore, Mythology and Legend.,
Funk & Wagnalls Company, New York, 1960, Vol. 2., p. 699.

(٤) سبق أن قدم مؤلف الكتاب عرضاً مطولاً لهذا الدليل نشر في مجلة التراث الشعبي العراقي ، المجلد الحادي عشر ، السنة الخامسة سنة ١٩٧٤ ، من ص ١١ — ٢٢ . مجتداً على الطبعة التي أصدرها في لندن سنة ١٩٦٢ مؤلفه سوليبان Sean Suilibhan بعنوان :
A Hand Book of Irish Folklore

وقد كانت عملية تنظيم وعرض المادة التي تم جمعها وتحليلها أمرا مربكا ، لمهل نكتب كل مرض ثم طريقة العلاج بحيث يسكن لأي شخص اجتماعي أو متخصص في الطب أن يفيد من ذلك مباشرة وبطريقة سهلة على الرغم من أن هذه الطريقة من مذاحة ، وعلى الرغم من أنها تؤدي إلى الملل لدى القارئ ؟ . لم أن ترد طرق العلاج في ثانيا التحليل . وبهذا يبدو تقديم المادة متكابلا ولكننا نفقد في نفس الوقت الميزة الأولى وهي الاحتفاظ بكل مرض وأسلوب علاجي بطريقة واضحة ومستقلة لا تجهد القارئ ؟ ولواقع أننا اتبعنا طريقا وسطا يحقق ميزة كل طريقة من الطريقتين . فتمسك حاولنا الاحتفاظ بالمادة الخاصة بالمرض وعلاجه بصورة شبه متكاملة ومستقلة في نفس الوقت ، مع إضافة بعض التحليلات أو التعليقات البسيطة متى كانت هناك ضرورة للتعليق في نفس الموضوع ، ثم أنفردنا جزءا خاصا للتحليلات والاستخلاصات التي صنفنا وفق موضوعات تحقق أهداف الدراسة . وقد اتبعنا تنظيمها محددا في عرض المادة الميدانية الواردة من الأمراض وعلاجها . فقد فكرنا أولا الاسم الطبي المعروف باللغة العربية للمرض ، ثم اسمه في اللهجة البدوية إذا كانت له تسمية خاصة لدى البدو أو إذا كان ينطق بطريقة خاصة في اللهجة البدوية ، ثم تفسر البدو للمرض في حالة الأمراض التي عوب البدو تفسرها ، ثم بعد ذلك طريقة العلاج . وقد تم تنظيم عرض المادة الميدانية وتجليتها على الوجه التالي :

أولا : البيئة الصحراوية وصحة الانسان .

ثانيا : الامراض وعلاجها .

ثالثا : طبيعة وخصائص النسق الطبي الصحراوى .

رابعا : تطبيقات .

البيئة الصحراوية وصحة الانسان :

يرتبط موضوع هذه الدراسة بالاتجاه الذى يمكن أن نطلق عليه « (ايكولوجيا المرض) » الذى نبدأ فيه بالبيئة ، ولكن ملابا أن اهتمامنا ينصب على الانسان والمجتمع فإن التوجه الاساسى للدراسة يركز على البيئة الطبيعية والاجتماعية الثقافية وملاتتها بالمرض . ويعتمد هذا المعزل مدخلا ملائما جدا لمثل هذه الدراسات نظرا لان المرض كظاهرة خاصة بالانسان له جانبه البيولوجى ويرتبط هذا الجانب بالبيئة الطبيعية والكائنات التي

توجد فيها كما أن مقاومته ومحاولات التخلص منه هو الجانب الآخر الذى يتعلق بالسلوك والبناء الاجتماعى والتفانى ، ذلك أن العوامل الاجتماعية والثقافية غالبا ما تلعب دورا هاما في نسبة انتشار المرض (٥) . بناء على ذلك فالمرض ظاهرة طبيعية تساعد على وجودها عوامل طبيعية واجتماعية ، ويحاول الإنسان بمفرده ومجتمعيا مع غيره من أبناء مجتمعه — أن يقاوم المرض لتحقيق حاجته الى البقاء صحيحا وذلك من خلال السلوك والاستراتيجيات الاجتماعية والثقافية التى تتبع — ضمن ما تتبعه من اجراءات لمقاومة المرض — سبلا عديدة لتضخيم معطيات البيئة لتحقيق هذا الهدف .

ومن المعروف أن البيئات المختلفة التى تعيش فيها الجماعات البشرية تؤدي بصلة مستقلة ، ومن خلال تفاعل الإنسان بسلوكه ونظمه الاجتماعية معها الى ظهور أمراض ترتبط بكل بيئة وربما لا توجد أو على الأقل تنتشر اذا وجدت في بيئات أخرى . كذلك فان مصادر البيئة — خاصة في حالة الجماعات التى تعيش في ظل بيئات قاسية أو ثقافات تقليدية — تحدد الى حد كبير امكانيات العلاج بل وتحكم في مستويات الصحة العامة .

والبدو مظهر مثل أى جماعة أخرى تتكثر بينهم أمراضا نوعية ترتبط بطبيعة البيئة ونوعية النشاط الاقتصادي ونوعية التقنية . والكائنات الحية التى تعيش مع الإنسان في البيئة . على الرغم من أن البيئة الصحراوية ونمط الحياة البدوية تعنى سكان الصحراء من المشكلات المتعلقة بالإنعجار السمك ، فليس يكونون عرضة للأمراض الحية ، وهم أكثر عرضة لأمراض سوء التغذية ، مقارنة بالجماعات المستقرة ذات الاقتصاد المختل . والواضح انه بسبب ظروف البيئة يركز البسوف في غذائهم على بعض أنواع الطعام دون غيرها ، ولهذا فان النظم الغذائى لا يوفى غنيا ببعض البوند الغذائية ، وينقصه تماما التدور على أحداث التوازن بين العناصر التى يحتاج اليها الجسم . بالإضافة الى ذلك فان السنوات التى تلى فترات الجفاف والجفاف عادة ما تؤثر على الإنسان والحيوان . على تقرير تيمم التكرار

(٥) يعتبر دأرس الانثروبولوجيا الطبية بحكم التخصص موجهها ترجيحها ايكولوجيا . فهو يهتم بالعلاقة المتبادلة بين البيئة الطبيعية والاجتماعية للإنسان وبين سلوكه وأعراضه ، لم يكنية تأثير سلوكه وأعراضه على تطوره . ويعتبر الانداج الايكولوجى مقيدا في دراسة المشكلات الصحية خلال عمليات التحديث والتنمية

الهادى النجار الى لجنة المجاعة في سنة ١٩٤٩ أشار الى الانبياء والضعف والوهن الذى أصاب الجماعات البدوية في منطقة تلال البحر الاحمر وأشار الى ارتفاع نسبة الوفيات بين الحيوانات في هذا الاتليم . كذلك نلن الحصاد (البلاجرا) كان مرضا شائعا بين قبائل بدوية في مناطق بيمينها ، كذلك نان سم النملبين التى وجدت في نفس المناطق قد سبب السقام invalidism (اعتلال نحى متطول أو مزمن) ولدى نفس القبائل . وما لا شك فيه أن نقص التغذية يعرض الانسان للأمراض والالتهابات ويجعله أكثر قابلية للإصابة بها ، وخاصة لمرض مثل مرض السل . وهو يؤدي بصفة عامة الى ضعف قدرة الفرد على مقاومة الامراض المتوطنة والوبائية (٦) .

وقد أشار الدكتور الهادى والدكتور بعشر الى أن هناك أمراضا معينة تنتشر بين الانسان والحيوان على السواء مثل مرض الكلب (داء الكلب) rabis ومرض الجيرة anthrax (مرض بهك من أمراض الماشية وقد يصاب به الانسان) وللك غان البدو يكونون عرضة دائما للإصابة بهذه الأمراض كنوع من العدوى بسبب الارتباط الشديد بالحيوان . وفي سنة ١٩٥٢ انتشر هذا المرض وأحدث نزعا كبيرا في اتليم بور Bor إذ لمصاب تجمعت الماشية التى تمتلكها قبائل الدنكا . وحالت الاضطراب لحال دون القدرة على اتخاذ الاجراءات التى تحد من انتشار المرض . وقد بذلت جهودا عديدة لمنع صرب المرض الى اتليم الخزال والى اتليم اكواتوريا (٧) .

وتعتبر منطقة الصحراء الغربية التى نحن بصدد دراسها منطقة ذات طبيعة خاصة ، وتكون فيها مصادر معينة . ويؤدي هذا وذلك الى تميز الجانب الصحى وتميز أساليب العلاج أيضا ، ونظرا لوجود جماعات بدوية عديدة تعيش بميدة من المناطق العمرانية فقد تكون لديهم نسقا من الطب التقليدى اعتمد تكامله على ممارسته على مدى مئات بل آلاف السنين من خلال التجربة والخطأ والخبرة . ويمارس الطب الصحراوى متخصصون من

-
- (6) Dr. El Hadi El Nagar and Dr. Baasher, Psycho-medical aspect of nomadism in the Sudan. In some aspects of the pastoral nomadism in the Sudan., Éd. by Abdél Ghaffar Ahmed Published by the Sudan National Population Committee and National Economic and Social Research Khartoum 1976

p. 131.

- (7) Id. p. 133.

الرجال والنساء ويعتمدون في شرعية هذه الممارسة على القول الاجتماعي واعتراف إبناء الصحراء بهم بدل اعتمادهم على ترخيص رسمى . وتعتبر الخبرة هي المدرسة الطبية الوحيدة التي تعلم فيها هؤلاء . فهم يمتدسون كلية على خبرتهم وممارستهم للعلاج على مدى سنوات عديدة . بالإضافة الى ذلك هناك الطب الشعبي اليومى الذى يمارسه أى بدوى لعلاج الحالات الطارئة التى لا تحتاج للتخصص مثل كثير من الوصفات التى تستخدم فيها النباتات بعد غليها . والبسو أكثر ارتباطا بطب الصحراء عن الارتباط بالطب الحديث — حتى فى تلك المناطق التى بدأت تصل اليها خدمات الطب الحديث ، وذلك بسبب طول فترة استخدامه وبسبب الثقة تميم يقومون به وبسبب عوامل أخرى عديدة . وحتى عندما يشعرون أن الطب الحديث أكثر قدرة ومعالجة على علاج الأمراض ولا يجدون مفرأ من الاضرار بذلك لهم يبدون أيضا ما يشير الى تسكهم بالطب الصحراوى اذ دائما يقولون أن طب الصحراء يعالج أمراضا لا يتناولها الطب الحديث ، فهو يعالج جميع الأمراض ، أما الطب الحديث فله دائرة تخصص محدودة . متميزة لا يستطيع الطب البدوى القيام بها مثل الجراحة .

ويلاحظ أن منطقة الصحراء الغربية موضع الدراسة تتميز بوجود ما أطلقنا عليه «طب الصحراء» . ولكن نظرا لاحتوائها على جامعات سكانية ذات اصول بدوية وجامعات مستقرة مثل سكان الواحات فاننا يمكن أن نلح تميزا طبيا في بعض الاساليب العلاجية بين البدو وإهالى الواحات . والذا كما قد حاولنا في هذه الدراسة تحقيق التسلو الآن التركيز الأكبر كان على الاساليب العلاجية الشائعة لدى الاغلبية العظمى من سكان صحرائنا الغربية وهى الجامعات البدوية المنتشرة فى مساحات شاسعة فى هذه الصحراء منوال كانت بدوية أو شبه مستقرة أو كانت مستقرة تماما .

وتوضح المقارنة بين أساليب البدو اليوم فى العلاج وبين التراث الطبى العربى أن بعض طرق العلاج التى يمارسها البدو اليوم هى موروثة من العرب الذين اشتهروا ببعض العمليات العلاجية . وكما سنرى فان بدو الصحراء الغربية يمارسون عمليات الخزم والحجالة والكى (أ) . وقد ذكر

(أ) الخزم أو الخرت هو ثقب جمجم المريض بإبرة بها خيط ثم سحب الخيط من الجهة الأخرى ، ثم تظلمس الإبرة من الخيط الذى يترك فى جسم المريض بعد عقده بهيث يكون جزء من الخيط تحت جلد المريض والجزء الآخر خارجه . ويعتقد البدو أن الصديد المنسبب عن دخول الإبرة فى الجلد هو مصدر للشفاء ، لهذا يتناقلون كلما تورم مكان الخزم وابتدا فى انراز الصديد . وهناك تفسير طبى يرى أن اعتقاد البدو فى ناعلية هذا الاسلوب =

الدكتور أحمد عيسى في كتابه آلات الطب والجراحة والكحالة عند العرب أن العرب اشتهروا بممارسة كثير من الأساليب التي تبارس عند البدو الآن كالحجبة والكي وغيرها (٩) .

الامراض وعلاجها :

وجع الرأس والمصداع :

يطلق البدو على وجع الرأس لفظ « شعش » ، ويمتدنون أن ألم الرأس يتسبب عن ضربة الشمس ويعالجونها بمسح زيت الزيتون على الرأس . أما المصداع النصفى لهم لا يمرنون له سببا طبيعيا ولا علاجا طبيعيا لهذا يلجأون الى الطب الشعبي . ويلاحظ أن وجع الرأس المتكرر أو المستمر يعالج بالحجبة .

امراض العينون :

يعالج وجع العين بسفة حادة عند البدو بلبخة تكمد بها العين تقبض الالم ، وهذه اللبخة مكونة من بمسل مضحون وشيح . أما استمرار العين فيعالجونه بأن يأمرؤا المريض أن يفتح عينه اثنتاسا وضمها في ماء مذاب به ملح .

« يرجع الى أن دخول الابرة في الجلد (وهي غير نظيفة) بجانب وجود الخيط في الجسم مدة طويلة يعتبر مصدرا للوجود البكتريا في الجسم : وهذا ما يحلل الجسم الى تكوين المضادات الحيوية لمواجهة هذه البكتريا وزيادة مناعة الجسم ضدها . وفي هذه الحالة تنتشر المضادات في جميع اجزاء الجسم فتزيد مقاومته لاي ميكروب سواء الميكروب الاصلى المسبب للبرص أو ما سببته الابرة . انظر :

Anwar M. Elwi, Text book of pathology.. Fifth edition ; El-Nasr Modern bookshop., Cairo., 1970, pp. 73- 74.

أما الحجبة فهي أسلوب لاستخراج الدم الفاسد أو تخفيف ضغط الدم من الرأس . ويعد الكي أسلوبا علاجيا معروفا لدى البدو وغير البدو (انظر الحجبة والكي في الاجزاء الاخرى من المقال) .

(٩) أحمد عيسى ، آلات الطب والجراحة والكحالة عند العرب - مطبعة مصر ، سنة ١٩٣٠ ، ص ٤ .

وقد احتوى الطب البدوى أيضا على ما يظهر في العين من أشياء غريبة أو يدخل فيها من أجسام صلبة . فتعالج مثلا مسحابة العين أو النقطة على العين بما يسمى الجزارة حيث يقطر منها في عين المريض . أما الأنثىء الصلبة والغريبة التى تدخل العين فيمكن إخراجها عن طريق أن يفتح المريض عينه في ماء ساخن لفترة معينة في الصباح . وأحيانا يذيبون كمية من الملح في هذا الماء .

ويمالج البدو ضعف النظر بالخزم . فالشخص البالغ ضعيف النظر يخزم خلف الأذن أو بجوار العين . والطبيب الشعبي كصاحب خبرة هو الذى يستطيع أن يحدد في أى منطقة يجب أن يخزم المريض . أما الأطفال فيخزمون في طرف الأذن من أعلى . ويفضل أن يتم ذلك في فترة الصيف . ويبدو أن البدو يعتقدون أن سبب ضعف النظر هو وجود مرض أو ما يشبه المكروب داخل الجسم ولهذا يتوقعون أن الخزم سوف يخرج المكروب في صورة الصديد الخارج من مكان الخزم .

أما حول العين فهو أحد الأمراض التى لم يقدم لها الطب البدوى تفسيراً أو علاجاً طبيعياً . ويبدو أنه نظراً لأن الحول يستمر مع المريض طول العمر إذا لم يلجأ إلى العلاج الطبى الحديث - فإن البدو قد رأوا فيه صفة جسمية معينة بجولة السبب ولهذا يلجأون للقوى الأعلى طلباً للشفاء وهذا ما جعلهم يفتنون بعض الأساليب والإجراءات الخيالية للعلاج . وعلى سبيل المثال فهم يكتبون للمريض عند المساء ، ويضعون الزيت في طبق لمدة ساعة ويدعون المريض أن يخلق نية إلى أن تعود عينيه إلى حالتها الطبيعية .

أمراض الأنف والأذن والحنجرة :

تعالج آلام الأذن بمسح مواد معينة فيها مثل الزيت بعد خلطه بالمسكة ، كما إنهم يعصرون بصلة المنسل في الأذن لأحداث نفس الأثر . أما التهاب اللوز فينظرون إليه على أنه بروز بمعنى خروج أعضاء من مكانها ولهذا يعالجه بطريقة تناسب هذا التفسير وهو أن يبتلع المريض بهمة مطلقة (بعد نزع قشرها) صعيحة وهى ساخنة . ويعتقدون أن ذلك يساعد على أن ترتد اللوز إلى مكانها . وأحيانا تضع السيدة أصبعها في خلق المريض وتحاول الضغط على اللوز لأعادتها لمكانها . غير أنهم في بعض الأحيان يستخدمون الليمون لعلاج هذا الالتهاب .

ليرافض المعدة والامعاء والكلى :

يلسر البدو التهابات المعدة وبالأذات التهاب ثم المععدة بأنه ناتج عن تناول مأكولات ساخنة ثم شرب الماء البارد بعدها مباشرة . كما يرى البعض منهم أنه ناتج عن أكل الطباطم . وربما يرجع ذلك الى أن البعض يمانون من احساس بالألم بعد أكل الطباطم . ويقول البدو الذين يبدون هذا الرأي أنهم عندما كانوا يعيشون على التمر والشعير والمجور ويشربون لبن الجمال لم يكونوا يشعروا بثل هذه الآلام أما الآن فعندما عرفوا أنواع الخضر والطباطم وغيرها من المأكولات التي يشتريها البدو الذين يعيشون بالقرب من المدن فإن نوعية جديدة من آلام المعدة بدؤوا يشعرون بها . ويعالج البدو آلام المعدة من طريق شرب اللبلال الذكر ويعالجون التهاب ثم المعدة بشرب اللبن ، وينصحون المريض بالاعتلال من كيفية الطعام التي يأكلها . وأحيانا تعالج آلام المعدة من طريق الخرت أو الخزم .

ويعتقد البدو أن السخيلة هي المسبب الاساسى للنزلات المعوية ويسمونها « تيرة » . وهي تعالج بالخرت أسفل الجمجمة بجوار الاذن ، كما تعالج أيضا بالكلى في منطقة السرة .

أما المفص ويسمونه « لى » فهو يعالج بالنباتات والاعشاب . نيمطرون المريض النضاع أو الترنفل أو الشيح في صورة شراب ساخن . كما يعالج أيضا بمعشب صجراوى يسمى « جبيلة » بحيث يغلى الهبات ويشرب منه المريض . ويمكن أن يكوى المريض أيضا على البطن لعلاج المفص .

وتعالج ديدان البطن أيضا بالشيخ حيث يغلى ويشرب منه المريض قبل الانطار . غير أن هناك علاجا آخر يتبل في تسخين قطعة من الدهن يشتها المريض قبل الانطار أيضا إذ يعتقدون أن اشتهاها يؤدي الى طرد الديدان خارج الجسم .

ويعالج البدو التقيؤ الذى يسببه « ثنق » بالخرط . كما يعالجونه بالاعشاب . فعندما يشعر الشخص بالتقيؤ عليه أن يشرب ماء أى نبات مغلى . أما حينما يود شخص أن يتقيأ فخلصا من أى متاعب خاصة بالمعدة فإنه يغلى قرن الخرتيت في الزيت ويحاول ابتلاعه فيساعده على التقيؤ .

وتعالج الحصوات بآن يغلى قشر الرمان ويشرب منه المريض .

ويأمر البدو المريض المصاب بالاسهال بالاعتكاف والانطار على نسر

هندي واكل العسل . وقد كانت حالات الإمساك تعالج بكل الشعر أما الآن فيعالجونها بالحنظل حيث يتسبون حبة الحنظل ثنتين وينفخون ما يداخل كل نصف ثم يصبون في القشرة الماء أو اللبن . وعنتيا يشربه المريض يزول الإمساك بسبب أن اللبن يساعد على اللينة كما يساعد الحنظل بما يتبخر به من مرارة على نظافة المعدة . أما إذا ظهر الصديد في البراز فانهم يعالجونه بالمسهلات السابق ذكرها .

ويعالج البدو امراض الكلى ومغاب المسانة التي يسونها « حصرة المياه » بماء الشعر الذي يجب أن يشربه المريض كل صباح .

الكسور والجروح :

تعالج الكسور والجروح يدويا باستخدام بعض المواد المتوفرة في البيئة . فالبدو يستخدمون الطفلة التي هي عبارة عن طينة صحراوية تستخرج من الابار بالذات كنوع من الجبس . وتغلى الطفلة في الماء ويضع الجبر أربعة خشبات على الساق أو اليد المكسورة ثم يضع عليها الطفلة ويلتصقها بقطعة من الجلد . وعنتيا تجفف الطفلة تصبح صلبة مثل الجبس . أما الكسر في الجمجمة فيعالج في الصحراء باستخدام مادة الجراوى والترنل والحنة .

ويعالج الاكلاوة علاجاً يدوياً أيضا فالكلاوة الرتبية يعالج بتدليك الرتبية بالزيت والملح الساخن ثم تعميبيها . ويحاول أحيانا المصلح الشعير أن يرد الرتبة الى مكانها .

أما ما يحدث في أى عضو من أعضاء الجسم من طلع وما يترتب عليه من ظهور ورم في العضو فيعالج عن طريق وضع قرطاس من الملح المشبع بالزيت على العضو المصاب . ويتم بعد ذلك اشمال طرف القرطاس ثم ينطى بكوب . ويعتقد البدو أن الدخان المتولد عن هذه العملية والذي يملأ الكوب ويتشربه الجلد يؤدي — مع الحرارة — الى « شد » العضو . بعد ذلك يقوم المصلح بتشريط الجلد حول هذا العضو بوسمى حلالة ثم يضع قرطاس آخر لامتصاص الدم .

التهاب المفاصل وآلام الظهر والروماتزم .

يفسر البدو التهاب المفاصل بتسرب المياه بين المفاصل . والعلاج هو أن يقوموا بالخزرت على المفاصل بهدف تصفية المياه منها . أما آلام الظهر

ويسمونها « فك الظهر » فيعالجونها أيضا بالخرت . وبعلاج البدن الروماتزم باكثر من طريقة فبعلاج مثلا بالحنفسل اذ تقسم ثيرة الحنفسل نصتين ويربط كل نصف في كعب المريض حتى يمتص الجلد الرطوبة . وبعلاج أيضا بعفن جسم المريض في الرمال الساخنة لمدة معينة على حسب قدرة المريض على الاحتمال . وتكرر عملية الدفن سبعة أيام ويتناول المريض غذاءا خالصا ، وعليه ان يتقنع عن الاستحمام وعن الاقتراب للنساء لمدة أربعين يوما .

الجسروح والتزيف :

تدأوى الجسروح عند البدن باكثر من طريقة فهم اما يضعون عليها مواد مثل الزيت والملح ، واما يتوبون بتخيطها بالسلك . ويحدث هذا على وجه الخصوص في حالة جروح القدم اذ يرون ان القدم أكثر قدرة على تحمل ألم اللخياطة . اما اذا دخل مسبار في قدم شخص وادى الى جرح فان الكى في مكان المسبار هو العلاج . وبعلاج البدن القطع الذى يحدث في أى عضو من أعضاء الجسم — كالقطع الذى يحدث في اليد — بوضع اليد في الزيت الملقى .

وبعلاج الزيت وسهولة الدم بالجأوى ، وهو نوع من البخور يسمح ويوضع على مكان التزيف ، كذلك يستخدم الكحل لنفس الهدف . وتعالج المرأة النازفة بالكى حيث تقوم بهذه المهمة امرأة مجوز ، كما تعالج بالوخز بأبر في أسفل الظهر . وتعطى المرأة النازفة شراب مذاب فيه السمتر والشزر والجبلة والروبية لكى يساعد على وقف التزيف . اما فزيف الأنف ويسمونه « رعب الأنف » فيعالج بمسد الأنف بالشمع ، ولكنهم يتخطون مرحلة العلاج إلى الوقاية فيستخدمون مواد أخرى لترطيب الأنف وحمايتها من الحرارة التى تؤدي الى تكرار النزف .

الحسروق :

يعرف البدن ثلاثة طرق لعلاج الحسروق : تتمثل الطريقة الاولى في نشر عظام الدجاج المسحونة على مكان الحرق وتتمثل الطريقة الثانية في نشر الزجاج المسحون على الحروق ، ويتم سحقه ثم نخله عن طريق منخل حديد بحيث يصعب ناعما مثل الدقيق ، اما الطريقة الثالثة فهي تتمثل في أن يدهن مكان الحرق بعجينة مكونة من الجير الأبيض المطفى بعد اضافة بيض نىء

وزيت اليه . ويستبر المريض في استخدام هذا العلاج الى أن تظهر تشرة على مكان الحرق .

الحصى والابرص الرياتية :

يطلق البدو على أى ارتفاع في درجة الحرارة كلمة « حو » . وهي تعنى حصى . ويفترقون بين أربعة أنواع من الحصى هي حصى الهواء وحصى الشمس والحصى السيوى وحصى البحيرة . وتعالج الحصى بصفة عامة بأن يرتدى المريض الملابس الثقيلة ويشرب شربة السعتر . وعندما يهرق يكون قد شفى تماما وذلك بسبب أن الهواء هو الذى يؤدى - في نظرهم - الى ظهور الحصى . وتعالج الحصى السيوى بصفة خاصة بالخزف اذ يعتقدون انها تنفج عن السخيلب المنتشر في واحة سيوة ، ويتم الخزف على الوريد الموجود اعلى بـ التدم وأحيانا خلف الرقبة . أما حصى الشمس فتعالج بالوخز بالأبر . ويتسل أن البعض يمالجون الحصى بتدليك جسم المريض ببصل وكبروسين معا ولحيانا عن طريق الكى ببسبار . ويستخدون هذا بصفة خاصة في علاج حصى **التيهود** . أما **انخفاض درجة الحرارة للحجارة** فيمالج يذعن جسم المريض بالخل . ويسمى البدو العسل « برجيك » ويمتدنون أن الامراض هي الآم في القلب والزرور . ويطيخون للمريض كلب صغير حديث الولادة « سحل » ويأكله المريض دون أن يعلم انه يأكل لحم كلب لئلا يقاوم ذلك . ويرجع البدو مرض **الصفرى** الى الخوف أو الخضة أو الفزع ، ويرون أن العلاج يجب أن يرتبط بخوف أو فزع مماثل . ويعالجونه بالكى على الرسغ وأسفل الكتف . ويتم الكى عن طريق بوسة تحرق وتكيس على المعظمة ثم يشرب ثلاث مرات على الكتفين بحيث يستمر النزيف المسبب من التفريط سبعة أيام . كما أن الصفرى تعالج أيضا بالخزف في هم المعدة . ويوجد علاج ثالث للصفرى يشتمل في تناول زيت حبة البركة وأكل الكرم المحتسب داخل دجاج . وعند ظهور أعراض **الحصبة** في جسم المريض تكحل العينين ويلبس المريض ملابس حمراء ويغلى بقطاء لونه أحمر وينع من الهواء . ويقول البدو أن اللون الأحمر يعنى أن الميكروب يميل الى الحصار ولذلك فان ليس الأحمر معناه « اتنا ندعو الميكروب الى الخروج من الجسم » . ويركز البدو على العسل الأسود في علاج الحصبة فيعطونه للمريض ليشربه كما يعطونه له في صورة حقنة شرجية . وهم يعنون من استخدام الحقنة الشرجية المكونة من الماء والصابون اذ يرون أن ذلك يمكن أن يؤدى الى موت المريض وإلى انفجار المصرا . والبعض يرى أن مريض الحصبة إذا استحم في البحر فانه يبرأ من مرضه .

الامراض الجلدية :

استطاع البدو التمييز بين الامراض الجلدية المختلفة . فهم يسمونون
الالتهابات الجلدية ويطلقون عليها « حرارة الجلد » . ويمالجونها بوضع
خلطة على الالتهاب مكونة من لبن دكر وزيت بعد اتمام عملية الغلى . اما
تبيح البشرة الشديدة وتبيح القدمين فيمالجونه بوضع السمن المخلوط بالحلبة
وتليل من الملح على المكان المصاب ويمالج تشقق القدمين بطريقتين : الاولى
هى ان يدهن التشقق بشحم الحيوان بعد تسخينه وإذابته ، والثانية هى
خياطة مكان التشقق بالسلك . ويسمى البدو « التفتش » بالكشف ، ويمالجونه
بطريقتين أيضا طريقة طهييه والاخرى غيبية . فهم يقولون « كبريت المخلوط
بالزيت ويدهنون به المريض عدة مرات الى ان يشفى وهم أيضا يدهنون
بالزيت الى من يكتبون له كتابة نبيضية . ويتناول البدو أنهم يمالجون
الجرب عن طريق دهان المنطقة المصابة بزيت محرك السيارات . اما الجرب
المنتقل من الحيوان الى الانسان فهو يعالج بالكبريت مثل التشقق بالكبريت
والزيت . ويلاحظ أنهم يمالجون جرب الحيوان بنفس الطريقة (١٠) . أما
التهنئ فينتزع على الوجه ويسمونه « عجرة » فهم لا يسمون له سببا
ويأتى نال من ملجه يتم بطريقه غيبية . فهم يلجئون الى أحد الكبار لكي
يكتب له ورقه يتم الشفاء عن طريقها . ويقولون ان اشتبا المريض بالرائحة
المتسعة من حرق عين الجبل تؤدي الى الشفاء أيضا . ويضر البدو للاصابة
بالصلع تسميات عديدة . فيشتقون انه ينتج من كثرة التفكير أو كثرة ونمى
اليدين على الرأس أو تغطية الرأس أو سوء التغذية . ويمالج الصلع بالبخاخات
وشحم السيارات . ما تشمور الرأس نهى تمالج بزيت الزيتون . وقد
استطاع البدو ان يميزوا بين أنواع القترحات المختلفة وأوجدوا لكل نوع من
القتراح علاجا خاصا . فتتخرج العين يعالج بالجزارة ، والقتراح الناتج عن
نوم الفراش ويسمونه « الحنط » يعالج بالحنه مع التشر حيث يخلط الاثني
معا ويثرون المسحوق على الجزء المصاب ، ثم يضاف الملح الى هذا الجزء
لازالة العنونة . ولكل من العيوب والجمال والفراريج علاج أيضا عند
البدو . يسمى البدو الحبوب التي تظهر في أجزاء مختلفة من الجسم

(١٠) يبدو أن استخدام الكبريت لملاج الجرب يعد نوعا من العلاج
المعروف في مصر بصفتها عالية . فقد ذكر أحمد أمين أن هذا المرض يعالج في
مصر بكبريت العبود حيث يدقونه أحيانا ويضعون عليه السكر ويتعاطونه .
وبعضهم يجعل من مسحوقه مرهما . أنظر أحمد أمين ، قابوس العادات
والعتايد والتعابير المصرية ، القاهرة سنة ١٩٥٣ ، ص ١٣٥ .

« الثال » ويعالجونها بالحرق بكيرت اصتر . أما بطور الوجه ويسمونها أيضا « عجرة » فلا يعرفون لها سببا ولا يوجد لها علاج سوى تظهر وتختفي دون علاج ، كما أنهم يذعنون للبصل المساخن على أى جزء من الجسم يعتقدون أن به صديد بهتك استخراج هذا الصديد خارج الجسم . وعلاج الضمالم يضع البدو لبخة السمتر والبصل أو لبخة الشيش على الجزء المصاب . كما أنهم يذبحون القنفذ ويسمونه « قنفوذ » ويضمون أجزاء من لحمه على المكان المريض اذ يعتقدون أن ذلك يساعد على فتح الحمل وشفاء المريض . ويسمى البدو الضسراج « حسيمة » ويرون أن الخراج شيء طبيعى يظهر فى الجسم من الله ، ويعالجونه بالسمتر سواء كان فى صورة شراب « شرية سمتر » أو فى صورة لبخة حيث يخلطون السمتر بالبصل ويضعونها على الخراج . ولا يجب على المريض أن يهلع النساء فى هذه الفترة لئلا يتطلب عليه المرض .

الامراض النفسية والعصبية والأغماء :

يعتبر مجال الامراض النفسية والعصبية هو مجال العلاج النخبى بصفة أساسية مهما تنوعت طرق العلاج . وسوف نضع لنا ذلك من مجرد ذكر أمثلة لأمراض معينة منتشرة عند الجباعات الصحراوية وكيفية علاجها . وعلى سبيل المثال فهم يعالجون حالات التشنج بالجوء الى المعالج الشعبى نظرا لامتناعهم فى ارتباط هذا المرض بالارواح . ويعالجون الشخص المصاب بالارق ويسمونه « مزبوح » والشخص الذى يصير أثناء النوم بنفس طريقة فلاج التشنج . أما الجنون فيعتقدون أن الجان هم الذين يسببونه لهذا يذهبون بالمريض الى رجل صالح يستطيع أن يعرف طلبات الجان . وعلى المريض أن يأتى بها بنفسه لى يشفى . ويعالج البدو المريض الذى يعاني من « الكابوس » بالبخير بالبوكمرة والجاوى وكثاسة المطار . ولكن لا يجب اعتبار أن جميع الامراض النفسية والعصبية ليس لها لا العلاج الغيبى . غالبو يعرفون أيضا بعض انواع العلاج بالاعشاب وباستخدام مواد أخرى لهذا النوع من الامراض . وعلى سبيل المثال فالشخص المصاب بنوار أو اغماء يعالجونه بطلاق البخور الذى يشتم رائحته الشخص نرجع الى وعيه . كما أنهم يستخدمون الماء والنعناع والينسون للابتاة . ويرى البدو أن لكل فرد طبيعته الخاصة لهذا فاناعة كل شخص من الاغماء تتطلب طرعا تختلف من شخص الى آخر خاصة اذا حدث الاغماء نتيجة صدمة . ويعالج البدو التعب والوهن والاحساس الدائم بالهزال والارهاق وما يرتبط به من احساس بتعب الاعضاء والمفاصل وعدم المقدرة على رفع الاشياء الثقيلة بالخزم عند المتصل . ويجب فى هذه الحالة الا يتجاوز الخزم منطقة الجلد .

وإذا لم يتم شفاء المريض بعد أول خزم فيعاد الخزم في مكان آخر إذ أن ذلك دلالة على أن الخزم لم يتم في مكانه الصحيح . أما حالة **تحميل الأعضاء** بمعالج طريقتين : الأولى أن يصبق المريض على العضو الذى أصابه التميل ، ويتبع هذا والثانية أن يدهن العضو الذى أصابه التميل بدهن النعنع . ويتبع هذا العلاج في حالات شد الأعصاب أيضا . أما **فقدان الشهية** فيعالج بتناول الشيع .

الامراض المتعلقة بالحمل والولادة :

تتخصص بعض البدويات المسنات في عملية التوليد ، وهن غالباً لا يتقاضون أجراً مقابل ذلك . ويمسح عصر الولادة بالطريق الروحية وبالأمشاب والنباتات . وتتناول المرأة المتسرة الماء بعد أن تذاب فيه ورقة كبها المعالج الشعبي . ويتم تبخير المكان الذى تلد فيه المرأة . كذلك تشرب المرأة المتسرة السمتر بعد غليه في الماء . وقد ذكر أحد الاخباريين أنه في حالة موت الجنين داخل رحم أمه فيتم ادخال موسى في الرحم وتطبيع الطفل الميت ثم أخراجه . وأشار هذا الاخباري الى أن الزوج هو الذى يجب أن يقوم بهذه العملية ، ولكن نظراً لأن معظم الأزواج لا تتوفر لديهم الخبرة ولا الشجاعة الكافية فإن الداية هي التى تقوم بها . وفي حالة تأخر نزول المخاض بعد الولادة تلك الداية بطن الوالدة . ويجرد نزول الجنين دائماً يتم تكحيل أمين البنات . وإذا نزل الجنين ولم يصرح نأن « **تقمسه يكون مكتوماً** » لهذا يكسرون بصفة ويقرئونها الى أنه أو يذكون أنه بها الى أن يسمعون صوته . ويمسح البدو **المعقم** بعمل ليوس في شكل قمع من نبات الشيع وتضعها السيدة في الشرج حتى المسباح . ولا يجب أن يجامعها الرجل في هذه الحالة ثلاثة أيام . كما يعالج المعقم أيضا بالخزم أسفل البطن على الجانب الأيمن أو الأيسر أو يلقى على الشرج .

الدغ والقرص وعض الحيوان :

توضح طريقة علاج لدغة العقرب أن البدو يدركون السبب الحقيقي للاذى الذى يحدث ، فهم يدركون أن السم ينتقل من العقرب الى الإنسان ويمسحونه بنس السم . فهم يتون بنقطة من سم العقرب وتوضع على مكان اللدغة ويحاولون اخراج السم من الجسم عن طريق حك مكان اللدغة حكاً شديداً بقطعة من الفضة والفضة عليها حتى تخرج السم . ولا يتأكون من تخلص الجسم من السم الا عندما يشاهدون الدم يخرج من الجسم بعد

السم . وهم يعالجون أيضا لدغ العنكبوت بالكي بواسطة قطعة من الكاوتشوك المحروق ، ويعتقدون أن ذلك يؤدي إلى انفساد وتوقف مفعوله . كما يعتقدون أيضا أن إحماء الحيوان تؤدي إلى انفساد مفعول السم لهذا ينجحون طير من الطيور يكون صغير السن وتأخذ أحشائه بمجرد ذبحه وهي ساخنة وتوضع على المكان الملدوغ . ويرى البدو أن اللدغة الأولى تعطي هي اللدغة الضارة ، أما إذا لدغ الشخص مرة ثانية أو ثالثة فلا يصاب بأذى إذ يكون قد اكتسب مناعة ضدها . أما قرصة الثعالب الطريشة (وهي أحد أنواع الزواحف تشبه الثعالب ويسمونها البعدو « لفعة ») فهم يعالجونها أيضا بتشريط مكان القرصة أو وضع بيضة نبتة مفتوحة فتحة صغيرة على مكان القرصة . ويميز البدو بين قرصة الكلب المسعور وغير المسعور . وتعالج قرصة الكلب المسعور بالكي وباستخدام مواد أخرى معه . فهم يأتون مثلا بسبعة ميدان من نبات يسمى « الرقم » ينبت في الوديان وفي واحة سيوة ويحرقونها ويستخدمونها في كي العضة . كذلك فهم يأخذون جزءا من شعر الكلب المسعور ويخلطونه في كمية من الزيت ثم يوضع على العضة وهم يشفطون ألا يستحم المريض ولا يقترب من النساء أربعين يوما . أما قرصة الكلب في المسعور فتعالج بطريقة ساذجة وهي « ضرب مكان العضة بالبلغة » . ويقال أن هناك عائلة تسمى الفرجان في ليبيا تتخصص في علاج قرصة الكلب . وتعالج قرصة النحلة بنفس الطريقة .

أعراض ومتاعب أخرى :

هناك بعض الأمراض والمتاعب الأخرى التي يعاني منها البدو وحاولوا إيجاد أنواع من العلاج لها . ومن هذه الأمراض العاهات . ولا يوجد لدى البدو أى علاج لمعظم العاهات التي يصابون بها . فهم لا يعرفون شيئا لعلاج الحمى ولا الصمم أو ضعف السمع . ونظرا لعجز ثقافتهم عن تقديم العلاج فهم يلجأون إلى العلاج الغيبي فهم يذهبون بمرضاهم الحمى والصمم والشل إلى المعالجين للشعبيين .

ونفس الأمر بالنسبة للضعف الجنسي فهم يعالجونه علاجاً غيبياً . ويقول أحد الاختياريين أن البدو لم يكونوا يعرفوا الضعف الجنسي ولكنهم أصيبوا به وانتشر بينهم نتيجة شرب بعضهم من مياه النيل . ويلجأ البدو إلى المعالجات الشعبية حيث يكتب للمريض كتابة معينة على قطعة من الحديد يقوم المريض بتسخينها ثم الثبول عليها فيكون البخار المتصاعد من الحديد إلى جسم المريض المتبول بمثابة حمام يساعد على شفائه . وهم يعالجون الزهرى بالكي والخزم ويقوم بهذه العملية طبيب شعبي متخصص .

وقد حاول الطب البدوى تقديم علاج لمدين الخوهر فهو لكى يتخلص من عادة الادمان عليه أن يأكل السعتر والبيض فى الصباح ثم يربط على ظهره شمال ويخزف فى ظهره لمدة ثلاثة أيام .

أما بلع الشخص لاجسام غريبة فيعالجونه بأكل مواد جامدة إذا كان الجسم الغريب قد توقف فى الزور أو المريء وذلك لكى ينزلق الى الامعاء . أما إذا انزلق الى الامعاء فهم يدركون أنه سيخرج مع الفضلات لهذا لا يقومون بأى إجراء علاجي .

ويمعالج عرق النساء بالكى على قعدة الرجل من الجنب . ويقال إن هناك علاجاً جراحياً يتضمن قطعاً فى جانب من الركبة ثم كبس القطع وضميده .

ويعتقد البدو أن الكيس الدهنى ينتج من عدم قدرة الجسم على افراز الدهون فتتجمع فى مكان واحد . ويعالجونه بشرب الحليب وأكل البلح وبيض الشعير بكثرة إذ يعتقدون أن هذه المواد تساعد على الهضم وبالتالي تؤدي الى عملية تصريف الدهون . وأحياناً يتم العلاج عن طريق الكى على ورید بجانب الكيس . أما إذا كان الكيس الدهنى فى العين فلا يتم المساج بالكى على الإطلاق خوفاً على العين .

ويمعالج ضغط الدم بشراب ورق الزيتون ، كما تعالج الزغطة ويسمونها « اجنجل الجنجومة » بأن يشرب المريض زيت الزيتون فى الصباح .

طبيعة وخصائص النسق الطبى الصحراوى :

يمكننا من خلال دراستنا لأساليب الطب والعلاج فى الصحراء الغربية أن نتعرف على نوعية الطب السائد بها وخصائصه . وهى ذلك من خلال موضوعين هما :

١ — عناصر النسق الطبى الصحراوى :

تضم المادة التى تم جمعها من الامراض وعلاجها الى أن مكونات وعناصر النسق الطبى الصحراوى هى :

(١) طب النباتات والاعشاب والمواد واجزاء الكائنات البيئية : فالطب البدوى يستخدم كل ما هو متوفر فى البيئة من امكانيات ومواد ونباتات كاساليب

للمعالجة - منهم يستخدمون النباتات والأعشاب المتوفرة في البيئة التي يعيشون فيها أو في البيئات التي يتد إليها جوارهم ، منهم يستخدمون السمير والتفل والأسود وقشر الرمان والشيح وورق الزيتون ونهار الفضل كعلاج . ويلاحظ أنه إذا كان لكل عشب استخدام خاص إلا أن العشب أو النبات الواحد قد يستخدم في علاج أكثر من مرض ، مثل الشبغ الذي يستخدم في علاج أبراس كثيرة وفي نفس الوقت فإن المرض الواحد أحيانا يستخدمون في علاجه أكثر من عشب أو نبات . ويستخدم البدو أيضا المواد السائلة والصلبة في البيئة في العلاج ، فالرمال الساخنة تستخدم لعلاج الروماتزم ، ويستخدم المساء الساخن كمطهر للجروح . ويستخدم الطب البدوي الكائنات الحية - خاصة الحيوانات - أو أجزاء منها في عملية العلاج كاستخدام لحم التنسك وشحم الماعز ودهن الحيوانات الأخرى . ويلاحظ ما يأتي :

✽ أن البدو يستخدمون المواد المتوفرة في البيئة سواء كانت في صورتها الخام أو عن طريق تحويلها أو خلطها بمواد أخرى وهذا يعكس وعيا بضرورة استخلاص المادة الفعالة من النبات أو غيره كما أنه يعكس وعيا أيضا بأن للنبات الواحد أحيانا لا يحتوى على كل المواد المطلوبة للعلاج : أو أنه بصورته الخام غير صالح للاستخدام . ويوضح ذلك البحوث المهدية التي تفصّل في صينها مواد إلى بعضها .

✽ كانت الخبرة طويلة المدى البدو من التأكد من فاعلية مواد معينة في مقابل عدم فاعلية مواد أخرى متوفرة ، فلم تكشف هذه الدراسة الميدانية أن البدو قد استخدموا البول أو اللعاب أو اللوث أو بقايا الطعام أو الدم في أعدادهم للبحوث كما يحدث في ثقافات أخرى . ونود أن نقوه إلى أن ذلك لم يحدث حتى في حالة العلاج النبوي الذي يكثر فيه استخدام أجزاء أو بقايا من جسم الإنسان .

✽ يعمل البدو على تركيز المسادة التي يعتقدون في فاعليتها وتوصيلها إلى الجسم بأكثر من طريقة . منهم يحرصون بشلا على أن يشرب المريض الذي يعاني من خراج شراب نبات السمتر وفي نفس الوقت يستخفونه في صورة لبخة .

(ج) طب العمليات : لا يقتصر الطب البدوي على العلاج السدواي والأعشاب والمواد الأخرى أنها يند إلى ما يمكن أن نطلق عليه طب العمليات . ولا نغنى بهذا العمليات الجراحية لأنه من الصعب أن نقرر أن البدو يعرفون الجراحة بالمعنى المتعارف عليه ولكن يمكن أن نسميها عمليات علاجية . وأهم هذه العمليات التي ويتم الكى عن طريق تسخين مسمار من الحديد و بوصة

أو قطعة من الكاوتش . نكل نوع يستخدم في مرض معين ، وأحيانا يتم الكى على الجزء المصاب . وأحيانا في مكان آخر ولكن بصفة عامة فإن لكل مرض مكان يكوى عليه المريض .

❖ ويلاحظ أن الكى يستخدم في علاج أمراض كثيرة يتم علاجها عن طريق الامشاب أو غيرها ويبدو أنه منفا لا يجدى العلاج العشبي غانهم يلجأون الى الكى كوسيلة يعتبرونها فعالة (١١) .

❖ أن البسود يدركون ولكن بطريقة غامضة أن الكى هو عملية اثارة لجزء معين من الجسم تبطل اثر الالم والاحساس به في الجزء المصاب بالمرض . فتد فكر بعض الاخباريين ما يشير الى ذلك . ومن المعروف أن وجهة النظر العلمية تقرر أن فكرة العلاج بالكى تركز على احداث ألم أشد من الالم الاصلى تبطل الاحساس بالالم الاصلى . وتتركز أيضا على نظرية فيسيولوجية وهي أن مراكز الاحساس في المخ تتأثر بأنواع الالم الشديدة of higher Theshold وتهمهل . أنواع الالم الأقل شدة of lower Threshold ويؤكد ذلك مودة الاحساس بآلم المرض الاصلى بعد زوال ألم الكى .

وتعتبر عملية الخزم أو الخزمت هي ثلثي العمليات الهامة في العلاج البدوى . ويصل اعتقاد البدو في ناعلية الخزم الى أنهم يحكون عن لشخاص نضل الطب الحديث لكنهم عولجوا بالخزم وكان الشفاء بذلك محققا . ويمالج البدو أمراضا عديدة بالخزم ، ومثلها يحدث في الكى يحدث أيضا في الخزم أنهم يعالجون بالخزم أمراضا يعالجونها أساسا بالمعالج العشبي أو الخيري أو غيره . ويتم الخزم بالنسبة للرجال والنساء على السواء غير أنه عادة ما تقوم سيدة بخزم النساء إذا كان الخزم يتم في مناطق حساسة من الجسم . وقد بدأ البسود يدركون أهمية تطهير الإبرة التي يخزمون بها لفنار قبل استخدامها .

وتعد المعالجة هي ثالث العمليات الاساسية التي يقوم بها البدو سواء

(١١) ينتشر عند جماعات عديدة غير البدو الاعتقاد في ناعلية الكى خاصة في الأمراض التي يعجز عن شفاؤها الطب الحديث . وتشير العبارة الثالثة « آخر الدواء الكى » الى صموية وتسمية هضا النوع من العلاج ، كما تشير أيضا الى أنه يمكن أن يكون الدواء النافع بعد تجريب أنواع أخرى من العلاج . انظر أحمد امين ، المرجع السابق ، ص ١٨٠ .

لتقليل ضغط السدم في الرأس أو في استخراج الدم الفاسد . وتم عملية الحجابة من طريق أن يؤتى بقرنين بكرة ويوضعوا خلف الرأس بعد حلاقة الرأس من الخلف ، ويضغط بالقرنين على الرأس من الخلف عن طريق « ضغط الهواء » ثم تشرط الرأس ويتمس الدم الخارج منها .

ويقوم البدو بعمليات أخرى مثل تجبير الكسور عن طريق الاخشاب والاربطة . وتؤخذ الاخشاب من الشجر ويسوى سطحها وطرفيها باللوس . كما تمنع الاربطة من الانتفاخ وجد الحيوان ويصل لها « ابريم » بحيث أن البدوى يجبر الكسر أولا بالطفلة البديلة من الجبس ثم يلف حولها اربطة الانتفاخ ثم تحبك بعد ذلك بالسبور الجلد .

وقد عرف البدو أيضا عمليات خياطة التشققات والجروح بالسلك والوخز بالأبر في بعض الامراض . وتشير ندرة المسادة المتوفرة عن الوخز بالأبر بالذات الى أن هذا النوع من العلاج ليس مستخدما على نطاق واسع عند البدو .

(ج) الطب الجراحي : لا يعرف البدو الجراحة ولا توجد لديهم عمليات جراحية أساسية كما سبق وذكرنا . ويرجع عدم قدرة الطب البدوى على تهيئة نسق جراحى مثل ذلك الذى ارتبط بالعلاج العشوى بسببه جهل البدو بالتشريح وضعف الامكانيات وتخلف الادوات الطبية ومزلة للجنس الذر ، لم تتح الفرصة للاكتاف باى نسق طبى منتم . ويؤكد خلف انجراحة لدى البدو أن الامراض التى تحتاج الى عمل جراحى نعالج بطرق بديلة تبنا عن الجراحة . وعلى سبيل المثال يعالج البدو البواسير بثلاثة طرق ، الاولى هى الخزم على جانبي البطن ، والثانية عن طريق وضع لبوس ممسوحة من اذ نبات الحنظل في شرج المريض ، هذا مع تغيير نوعية الغذاء الا يجب أن يأكل المريض الممسوحة المكونة من الشعير والمسمعر مع تناول المسهل في الصباح الباكر . أما الطريقة الثالثة فيمكن أن نسميها الطريقة البدوية . ننظرا لانهم يرون بعض حالات البواسير تخرج منها الاوردة من الشرج فالعلاج يكون من طريق ارجاع هذا الجزء الى مكانه ، ولهذا يطلبون من المريض أن يجلس بكل فقله على وتد كل صبيح : وكما يقولون « عشان الى نازل منه يطلع » . ومن الطبيعى أن مختلف انواع العلاج البدوى لا تنطرق الى الجراحة على الاطلاق . أكثر من ذلك فان الفتق والمصران الاعور اللذان يتطلبان في غالبية الاحيان عملا جراحيا يعالجان بالكى والخزم عند البدو . ولا نكاد نجد عند البدو الا عمليات جراحية بسيطة مثل خياطة الجروح وعملية أخرى يقومون فيها بقطع الجزء المواد قطعه بسكين خاص بذلك

ثم يحرقون نبات نيطوط المنصل ويصحنونه ويضمون مسحوقه على الجرح إلى أن يشفى .

(د) الطب الفيبي : اتضح لنا من المناقشة السابقة للأمراض وطرق علاجها أن الإجراءات الفيبية سواء كانت دينية أو غير دينية هي أحد الأركان والمكونات الأساسية للعلاج البدوي . ويمكننا أن نميز بين أنواع العلاج الفيبي التي تركز على معتقدات دينية وتلك التي تركز على معتقدات غير دينية ، وكلا النوعين من الإجراءات العلاجية لهما وجود في الثقافة الطبية البدوية . فالبدوي يمتد في فاعلية زيارة الأضرحة والبرك بترابها وتقديم التذقيات والتذوق طلباً للشفاء . كما يلجأ أيضاً إلى أساليب غيبية مثل البصق على مكان مصاب أو ضربه بالحذاء عدة مرات .

٢ - طبيعة وخصائص التنقيط الطبي الصحراوي :

يمكن صياغة طبيعة وخصائص الطب الصحراوي في النقاط الأساسية الآتية :

(أ) ترتبط الأمراض السائدة وطرق علاجها أئسد الارتباط بالبيئة والثقافة السائدة . :

ولعل ذلك يثبت الفرض الذي انطلق منه الاتجاه الأيكولوجي الذي أشرنا إليه . فمن جهة تأثير البيئة على الأمراض السائدة ، فالبيئة الصحراوية اتاحت فرصة لوجود نوعية من الأمراض ترتبط بالوجود فيها مثل أنواع الأمراض الجلدية التي تنقل من الحيوان للإنسان وتنتشر عن طريق عملية التنقل . كذلك فإن هناك أمراضاً اتضح أن البدو لا يعرفونها على الإطلاق . كما أن العزلة الجغرافية للبيئة الصحراوية تؤدي بهم إلى أن يظلوا عتسراء في اكتساب المعرفة الكافية بالأمراض التي تصيبهم . فقلوبس اللجوء البدوية يخلو تماماً من أي كلمات تعبر عن أمراض مثل السكر والسرطان والوروماتزم والكوليرا ، ويقرر البدو أنهم لا يصابون بها . والواقع أنهم يمكن أن يصابوا بها لكنهم لا يدركون ذلك . كذلك فإن إصابات مثل الاختناق عادة لا تحدث عند البدو بحسب أن المسكن البدوي (الخيمة) عادة ما تكون تهويتها كافية لأن تحول دون حدوث الاختناق . أما من جهة تأثير البيئة على نوعية العلاج فقد اتضح لنا من طرق العلاج ومن الجزء الخاص بالعمليات الطبية أن إمكانيات البيئة تتحكم تماماً في مواد العلاج وطرقه وفي نوعية الأدوات الطبية المستخدمة . ومما يتعلق بتأثير الثقافة السائدة فإنه يتضح بجلاء في عملية

تفسير المرض . فالثقافة تضع قيودا واضحة على إمكانيات الوصول الى تفسير سليم للمرض . اتضح ذلك من التفسيرات التي قدمناها والتي تشير الى غياب الحرية الطبية الاخر الذي يؤدي الى استنتاجات تتعلق بالظواهر الجسدية والنفسية التي تظهر على المريض . وبالإضافة الى ما ذكره عن مرضنا مثل تفنم الخلد يفسره البدو بأنه انفلات لحد الاوردة . كذلك يظهر غياب المعرفة الطبية في عدم تكن البدو من علاج بعض الامراض على الاطلاق مثل العاهات واللعنة وغيرها . ويتضح لنا أيضا تأثير الثقافة على الطب في نوعية الادوات الطبية المستخدمة ، ذلك ان فقر وبساطة الثقافة المادية في المجتمع البدوي لم تساعد الا على وجود ادوات طبية بسيطة وعلى صنع مساعدات طبية بسيطة أيضا لا تعتمد مجرد تسمية أخشاب للتجبير أو تجهيز بعض الجلود الحيوانية لنفس الغرض .

(ب) ترتبط نوعية العلاج في معظم الاحيان بطابع التفسير :

تؤكد دراسة الطب البدوي في الصحراء المغربية القاعدة التي اتخذها دراسات أخرى وهي أن نوعية تفسير المرض ترتبط بنوعية العلاج . فحينما يكون التفسير طبيعيا يكون العلاج من طريق أساليب طبيعية مثل استخدام المواد والاشباب والنباتات . وحينما يكون التفسير غيبي فان العلاج يكون غيبيا أيضا . فنتفسير المرض بأنه مس شيطاني يتطلب اجراءات روحانية للشفاء . وتوضح قائمة الامراض وعلاجها عند البدو ذلك فحينما يمر البدو التهاب المفاصل على أنه وجود ماء بين المفاصل كان العلاج بالكي بهدف اني تصلية الماء من المفاصل (كما يعتقدون) . ومنحما اعتقدوا أن الصغرا تنسب من الخضة أو الفزع علاجها يشوه مائل . وبإدام الكيس الدهني ناتج من عدم قدرة الجسم على تعريف الدهون فالمريض يجب أن يأكل ما يساعده على تصريفها ولكن يجب أن نلاحظ أنه في أحيان قليلة لا يوفق التفسير مع طابع العلاج . فقد عرف البدو تفسير طبيعيا للمرض في بعض الاحيان ولكنهم علاجوه غيبيا . يحدث ذلك على وجه الخصوص في الأمراض المستعصية . والمزمنة التي لا يجدون لها علاجا فيلجأون الى الغيبيات . وهذا يحدث في ثقافات معقدة محفزة وغير متحضرة .

(ج) يقوم الطب البدوي على الفزعة المادية واحداث الام في العملية الملاجية :

تتركز فلسفة العلاج في الصحراء على أهمية رؤية اشياء مادية داخلية الى الجسم أو خارجة منه . وهذا هو دليل لبكائية ترك المرض للجسم وانتهام

الشفاء . فلا يستطيع البدوى ادراك جدوى العلاج دون اثارة حسية ودون مشاهدة دليلا ماديا . فهو لا يقتنع مثلا بانساعاع غير مرئى يمكن أن يتساعل مع خلايا الجسم . لهذا كان الكى والخزم وما ينجم منهما من تورم الجسم وخروج الصديد من اقوى انواع العلاج . وحتى في حالات العلاج الغيبي فهم يطلبون دليلا ماديا مثل ورقة يتم كتابتها وتعليقها على الجسم . ويرى البدوى ايضا أن حدوث الآلم الشديد ذلل على فاعلية العلاج ، ولعل هذا ما يشجعهم على احتمال آلام العلاج القاسى مثل الكى او الخزم او الوخز بالابر أو الجلوس على وتد . وما ينتج عن ذلك من متاعب جسدية تستمر لفترة طويلة . وفى بعض انواع الخزم فى مناطق اكثس حساسية فى الجسم يسأل الطبيب الشعبى المريض هل يحتل الخزم أو الكى عادة يجيب بالإيجاب . أن رؤية الدليل المادى مثل افراز الصديد من الجسم مع وجود فكرة ارتباط الآلم الشديد بفاعلية العلاج لهما عاملان مهمان على استمرار الأساليب التقليدية على الرغم من حدوث منازع عديدة لبعض السخين خضموا لهذا العلاج وخاصة عملية الخزم .

(د) لا توجد حدوداً فاصلة بين العلاج الطبيعى والغيبي .

يتضح من علاج كثير من الأمراض أن البدو يجمعون بين العلاج الطبيعى والغيبي فى نفس الوقت . وقد اشرنا فى النقطه الخاصة بارتباط العلاج بطابع التفسير الى أن العلاج الغيبي أحيانا يلى تجريب العلاج الطبيعى . ولكن فى بعض الأحيان يتضح أن البدو يجمعون بين النوعين من العلاج . وعلى سبيل المثال نالبدو يجمعون فى علاج مضه الكلب بين النوعين من العلاج . فالمرضى يعالج بالكى وباضلفة مادة من جسم الحيوان المسبب للمرض ولكن يشترط فى نفس الوقت أن تكون أمواد النباتات التى يعالج أيضا بها المريض سبعة ، ولعلنا نذكر أن الرقم سبعة هو أحد الأرقام الهامة التى تستخدم فى طقوس جماعات مهددة يكتسب فيها هذا الرقم مسحة قدسية . ويتضح لنا أن البدوى يجمع — حتى على مستوى الإدراك — بين هذين النوعين من العلاج عندما يقول « إن النباتات لها طهيمة علاجية ولكن هذه الطهيمة منحها لها الله » .

(هـ) يتصف الطب البدوى فى قليل من الأحيان بالالمنطقية فى التفسير والعلاج :

يتميز أنواع العلاج لا يمكن أن تتسم بالمنطقية مثل ضرب مكان الكلب « بالبلغة » أو البصق على المكان المصاب . ويمكن أن نجد تفسيراً — لذا

جاز ذلك — يجعل من هذا السلوك سلوكا مبررا من وجهة نظر الثقافة . فمن الجائز أنه نظرا لادراك المجتمع أن عضة الكلب غير المسعور ليس لها ضرر مثل عضة الكلب المسعور ولهذا لم تحرص الثقافة على ابتداع أسلوبا فعالا للعلاج ، ولكن نظرا لأن الشخص يحتاج الى أن يقوم بأى إجراء يشعر من خلاله بأنه فعل شيئا مضادا للمعادة لهذا قدمت له الثقافة مجرد ممارسة صورية بهدف أن تحدث أثرا نفسيا وهيبا لدى البدوى . وبكفنا أن نجد الكثير من ألوان السلوك العلاجية والوقائية في ثقافات متعددة تشبه هذا النوع من العلاج الصوري .

(و) لا يقتصر الطب البدوى على العلاج بل يمتد الى الوقاية :

يدرك البدو مسألة العدوى ولعقيم بعض الاجراءات الوقائية . وعلى سبيل المثال يتم عزل المريض المصاب بالجدرى (١٢) ، وللوقاية يأتى البدوى « بسلكة » ويفرزها في الميكروب (الصديد الذى يكون بجسم المريض) ثم يخذش بها أجسام أهله وأقربائه كنوع من التطعيم ضد المرض .

تطبيقات :

لا يمكن أن تجرى دراسات ميدانية ولا تنفيمن اشارة الى الجوانب التطبيقية . وصوف نشير هنا الى ثلاثة أنواع من التطبيقات . تطبيقات تتعلق بجمع الدراسة ، وتطبيقات تتعلق بالمستغلين بالعلوم الاجتماعية ، ثم تطبيقات تتعلق بالمحة .

أما من جهة التطبيقات التي تتعلق بجمع الدراسة فانه انصح لنسأ أن هذه البيانات يمكن أن تكون مجالا لانتشار أمراض نوعية وطرق علاج متغيرة . ولا يقتصر الامر على منطقة الصحراء القريبة منقط بل يمتد الامر الى البيئات المتشابهة ، وقد فكر الدكتور الهادى مثلا أن العقم قد تنتشر بين إحدى قبائل

(١٢) أشار عبد الجبار الراوى الى وجود نفس هذه الظاهرة بتتصلبها عند جماعات بدوية أخرى . فقد ذكر أنه عند إصابة شخص ما بالجدرى أو غيره من الأمراض المعدية فإن البدو يتركبون الكتان ويرطون عنه بمسح أن يوفروا للمريض زاده وشرابه ومن يقوم بخدمته أو حراسته . انظر المرجع السابق الاشارة اليه لنفس المؤلف ، ص ٣٢٧ .

السودان في أعلى النيل كنتيجة لانتشار الأمراض التناسلية . وادى ذلك الى مشكلات اجتماعية ونفسية عديدة (١٣) . ولهذا فان مثل هذه الدراسات اذا كانت تكشف النغاب من نوعية الأمراض السائدة في البيئة كخطوة أولى نحو الاهتمام بعلاجها ، الا أنها أيضا — اذا تمت بومى وتوجيه خاص — يمكن أن تشير الى نوعية المشكلات والظواهر الاجتماعية التي ترتبط بهذه الأمراض . ولا يقتصر الامر على ذلك بل يمتد الى محاولة الكشف عن علاقة نوعية البناء الاجتماعى والثقافة بظهور مشكلات صحية نوعية . ومنطقة الصحراء الغربية توجد بها مثل هذه الظواهر فزواج أبناء العمومة كسعادة اجبارية يصعب كسرها يؤدي الى اضرار تتعلق بالصحة .

وفيهما يتعلق بالمشتغلين بالدراسات الاجتماعية والبحث الاجتماعى فان لهذه الدراسات لوجه نفع عديدة منها :

• تقدم هذه البحوث مادة لتوجيهات فنية يمكن أن يلبي منها من يعملون في المجال الصحى أثناء أداء عملهم الوقائى أو العلاجى أو الارشادى في هذه المجتمعات المتميزة . ويلاحظ أن طرق البحث الميدانى وطرق جمع المادة الثنائية تمكن من العمل في مجال الاثروبولوجيا من بحث مثل هذه الموضوعات من جوانب مختلفة بحيث يقدموا لمن يعملون في المجال الصحى صورة شبة متكاملة عن المجتمع واساليبه العلاجية .

• تؤدي أيضا هذه الدراسات الى تنمية رصيد التخصص الاجتماعى من المادة الميدانية ، الامر الذى يضاهى من القدرة على فهم طبيعة هذه المجتمعات المتميزة . ذلك ان محاولات التفكير لابد ان تقوم على مادة ميدانية مكثفة وعميقة وصادقة . كما يتيح أيضا الفرصة لاختبار صدق الفروض ووجهات النظر المتوفرة في تراث هذا التخصص ، وفي نفس الوقت تمكن من وضع سياسات صحية واعية . وعلى سبيل المثال فان تأكيد فكرة ارتباط نوعية العلاج بطابع التفسير في علاج معظم الافكار ، تلك النظرية التي تم تأكيدها في هذا البحث ، قد دعت وجهة نظر معينة ، وفي نفس الوقت فهي تمكننا من التوجيه الصحيح . فعندما نحاول تغيير سلوك علاجى يصعب أن نطلق عنه البدو علينا أن نوجه النوعية بحيث تعدل من التفسيرات الخاطئة ، وفي هذه الحالة سنبسط الافئاع بعلم جنوى أو بشرى بعض طرق العلاج . وانفعاجنا بمنطقية المعنوية الانسانية في أى ثقافة فان البدوى سيبحث هو

نفسه عن تغيير نوع العلاج متى أدرك التفسير الصحيح للمرض . بالاضافة الى ذلك اذا كانت هذه الدراسات تكشف عن أن هناك ارتباطا بين الجانب المصحى سواء في التفسير أو في العلاج وبين نسق المعتقدات ، فان ذلك يمكننا أيضا من توجيه جلسات التوعية نحو مخاطبة نسق المعتقدات مباشرة .

✽ تكشف هذه الدراسات بمباشرة عن جوانب قصور في الثقافة والسلوك تساعد الإجتباعيين العاملين في مجال الصحة على الحث على تغيير العادات السلوكية والانسياط المعرفية التي يجب أن تتغير للتغلب على المشكلات الصحية ومقاومة المرض . وعلى سبيل المثال لقد كشفت هذه الدراسة عما يأتي :

— إن تفسير البدو لبعض الأمراض أحيانا يكون مبسطا جدا — مثل تفسير أى ارتفاع في درجة الحرارة على أنه إصابة ببرد ، أو تفسير البواسير على أنها إمساك . مثل هذه التفسيرات تؤدي الى عدم اتخاذ اجراءات فعالة في العلاج أو تلخر العلاج السليم وبالتالي تتفاقم الأمراض .

— أحيانا يعتقد البدو في أسباب غير صحيحة للأمراض وبالتالي لا يعالجونها علاجا صحيحا أو يقتلون مكنون مكنون ألبها مثل اعتقادهم في أن الضفدع الجنسي ينتج من الشرب من مياه النيل . ويحتاج هذا أيضا الى توعية .

— ان ارتكاز فلسفة طب الصحراء على أهمية وجود شيء مادي منشور يدخل الجسم أو يخرج منه لتأكيد فاعلية العلاج ليضع تبادا ويقيم عقبات في سبيل تقبل أبناء الصحراء لاماليب الطب الحديث متى أمكن توصيل الخدمات الصحية اليهم . فالبدو يرى أن بعض هذه الخدمات غير نافعة ببساطة لانه لا يرى دليلا ماديا واضحا . ولم يشعر أن هناك شيئا مؤلما . ويحدث هذا على وجه الخصوص في حالة تأخر العلاج الطبي الحديث . وقد حدث ذلك بالفعل في بنسالمق وصل اليها الطب الحديث اذ أعطى البدو انوما من الاغوية لفتاولها في البيت لكنهم لم يتناولوها شكا في جدواها أو خوفا من أضرارها ، وعلى ذلك فان الوهم بهذا الجانب يمكن أن يدفعنا الى الاعتقاد بأن نقصن التوعية الصحية المسالحة لنشر العلاج الحديث بنافشة للانكار التي يعتقدون فيها مثل اعتقادهم في أهمية رؤية الشيء الذي يخرج من الجسم (مثل خروج المديد من الجسم نتيجة الخزم) كدلالة على الشفاء ، والاعتقاد في أن العلاج المؤلم (مثل المكي) هو العلاج الأكثر فاعلية .

أما فيما يتعلق بالتطبيقات التي يمكن أن ينتفع منها من يعملون في المجال الصحي مثل الفريق الطبي ، وفريق التمريض والصيدلة وغيرهم من العاملين في حل النباتات الطبية فإن المادة الجادة التي يجتمعها من يعملون في مجال الأنتروبولوجيا يمكن أن تكون سوجها معيناً لمن يعملون في المجال الطبي كسما سبق وذكرنا ، ويمكن أيضاً أن تقوم عليها دراسات ذات فائدة لتخصصات معينة مثل الصيدلة . ولعل هذه تكون دعوة للمهتين بالصيدلة وبالبحث عن اللجنوى الصحية للنباتات والمواد لأن يلتوا نظرة على المادة الواردة هنا وعلى غيرها من البحوث المسئلة - لبدء الرأي فيها - ويمكننا تحديد بعض التطبيقات العملية التي يمكن أن تقترب على ذلك -

❖ يمكن ترشيد الطب البدوي التقليدي خاصة في المناطق التي لا تصل إليها الخدمات الصحية بنظرة بحيث تنصح باستمرار الأساليب النافعة التي يستخدمونها مع إيضاح أفضل طرق استخدامها . والتعديلات التي يجب أن تتم لكي تبنى الوسيلة الشعبية بنهجتها ، كما يتم توضيح أضرار أوسمية المواد الضارة المستخدمة كما سبق وذكرنا .

❖ إذا كان من الصعب أن تصور أن كل أساليب الطب الشعبي ضارة أو غير نافعة فإن مجال طب النبات والاعشاب هو لكثير المجالات التي يتوقع أن نجد لها فائدة في علاج الأمراض التي استخدمها البدو لعلاجها ، وهي أول هذه المجالات التي تحتاج إلى ترشيد . وبما يبرهن على ذلك أن بعض الاعشاب والنباتات التي كشفت هذه الدراسة أن البدو يستخدمونها كعلاج ذكرت مصادر عديدة أنها تحتوي على مواد نافعة . وعلى سبيل المثال فإن الدكتور شفيق بلبع عبيد كلية الصيدلة قد قدم قائمة بأسماء الاعشاب والمواد الطبية (وكسر اسمها العلمي والاسم المتداول) تضمنت بعض الاعشاب والمواد التي يستخدمها البدو . فقد ذكر أن « حبة البركة » وأسمها العلمي « نجلا ساليبا » هي طارد للبلغم وتستخدم في علاج الربو وتكسب الخبز طعماً خاصاً إذا أضفيت إليه ، وتحتوي على زيت طيار ومادة أخرى . كما أن السمندر « الزعتر » واسمه العلمي « تيمس فولجاري » تحتوي أوراقه والقمم الزهرية للنبات على زيت طيار ويستخدم كحقن للمعدة ومغرق ومطهر وقابل للجراثيم . أما الكبريت الذي ذكرنا أن البدو يستخدمونه في علاج الأمراض الجلدية فقد ذكر الدكتور بلبع أيضاً أنه مادة عضوية تستخدم في علاج بعض الأمراض الجلدية (١٤) .

(١٤) ورد ذلك في مقال للدكتور شفيق بلبع بعنوان الطب الشعبي بجلة الصحة ، العدد العاشر ديسمبر سنة ١٩٧١ .

لود أن أثير في خاتمة هذه الدراسة أن مجتمع الصحراء الغربية قد حدثت به تغيرات عديدة خاصة في المدن الصحراوية والمناطق المحيطة بها . وإذا كانت هذه الدراسة قد ركزت على الطب التقليدي فإن دراسة أخرى سوف تقدمها قريبا بإذن الله تهدف إلى التعرف على التغيرات التي حدثت في أساليب العلاج التقليدية وفي السلوك الصحي في المنطقة بصنعة عامة كما لود أن أثير إلى أن هناك ضرورة لأن تجرى بحوث جماعية يشترك فيها الفريق الطبي مع الفريق الاجتماعي بهدف التعرف على المشكلات المسحبة للمجتمعات الصحراوية فتؤدي البحوث التي تهتم بجمع مادة عن الصحة — إذا تمت بجهد جماعي أوسع نطاقا من الجهد الفردي الذي بذل في هذه الدراسة — إلى تصوير جيد لمشكلات المجتمع الصحية وتحديد كيفية التغلب عليها .

الفصل الثالث عشر

أنثروبولوجى فى المنبر

دراسة ميدانية للتنظيم والتفاعل والعلاقات فى منبر جراحة رجال

بمستشفى كينجزتون - بانجلترا

تنبنى هذه الدراسة الى احد مروع علم الاجتماع التميز ، الا وهو « علم الاجتماع الطبى » ، الذى يحاول ان يتناول الظواهر المرتبطة بصحة الانسان ، والهيئات والتنظيمات المسحية ، وان يدرسها من منظور سوسىولوجى كما تنبنى ايضا الى مجال الانثروبولوجيا الطبية حيث اجريت الدراسة فى احد العنابر باستخدام المنهج الانثروبولوجى التليلدى كما سنوضح فيما بعد . واذا كانت دراسات عديدة قد اجريت فى العالم الغربى وتناولت الظواهر المتعلقة بصحة الانسان من منظور سوسىولوجى او انثروبولوجى فان التخصصين فى مجتمعنا لم يهتموا للان اهتماما اساسيا باجراء البحوث والدراسات فى هذا المجال مستخدمين النظريات ومناهج البحث المتداولة فى هذين المجالين . ومما لا شك فيه ان الظروف والاضاع التى تمر بها المجتمعات النامية بصفة عامة ومجتمعنا المصرى بصفة خاصة تفرز مشكلات ترتبط من قريب او من بعيد بصحة الانسان ، وتغلب على موضوع الصحة والمرضى لونا خاصا يحتاج الى دراسات متمعة للتشخيص الظواهر الصحية السائدة ، وتحديد علاقاتها ببقية اجزاء البناء الاجتماعى تمهيدا لابداء الرأى فى حل المشكلات الصحية او التخطيط لتحسين صحة الاتسلى ، ووقايتها من المرض .

وقد امتد اهتمام علماء الاجتماع والانثروبولوجيين المهتمين بالمجال الصحى الى دراسة المؤسسات العلاجية كالمستشفيات وللوحدات الصحية وغيرها بهدف وصف التنظيم والحكم على مدى كفاءته ، او بهدف تحليل البناء الاجتماعى للوحدة الصحية والتعرف على نوعية العلاقات السائدة فى هذا

النوع من الوحدات الاجتماعية . والدراسة التى نكتبها الآن هى نوع من الدراسات التى تهتم بتحليل الظواهر السائدة فى قطاع حيوى من مستشفى وهو « العنبر » ، والسبب الرئيسى الذى كان وراء اهتمام الكتيب بالموضوع هو ايمانه بان نوعية التنظيم والعلاقات السائدة بين الفريق المعالج والمريض تؤثر تأثيرا اساسيا على عملية العلاج نفسها ، واقتناعه باننا نستطيع ان نصل الى فهم افضل واميق لهذه الظواهر اذا درسناها مستخدمين المنهج المناسب ، الامر الذى يمكننا بعد ذلك من اقتراح الحلول المفيدة . واذا كانت الدراسة قد اجريت فى مستشفى باتجلترا الا ان الواقع المصرى لم يكن غائبا عن ذهن الكتيب أثناء صياغته لموضوعه ، ولهذا فان الملاحظات والتعليقات التى وردت فى الدراسة كتبت اساسا لى تخدم مجتمعنا المصرى .

موضوع الدراسة :

تحاول هذه الدراسة ان تصف وتحلل بعض الظواهر السائدة فى عنبر جراحة رجال . ويتعلق بعض هذه الظواهر بالتفاعل الاجتماعى داخل العنبر سواء كان بين مريض التبريض ، او بينهم وبين المرضى ، او بين المرضى وبعضهم . على ان الاهتمام الاكبر كان موجها لوصف العلاقات بين فريق التبريض وبين المرضى نظرا لان فريق التبريض هو الوسيط الفعال بين فئة الاطباء وبين المرضى . وهو يتكون من الأفراد الذين يتعاملون تفاعلا مكثسا مع المرضى اكثر مما تفعل اى فئة اخرى فى المستشفى . وتوضح الدراسة فى هذا المجال تأثير بعض جوانب مهنة التبريض على كفاءة عملية العلاج . كما تهتم بالجانب التنظيمى فى أداء الاعمال داخل العنبر ، سواء ما تعلق بالمواعيد نفسها او بطريقة تطبيقها وعلاقة ذلك بتحقيق اهداف المستشفى بمسفة عامة . فى ضوء ذلك تضمنت الدراسة وصفا وتحليلا لبعض اجراءات الضبط داخل العنبر ، وتأثيرها على نجاح فريق التبريض فى القيام بالمهمة . وتضمنت ايضا ايضاح تأثير بعض الظواهر الفيزيائية مثل المبنى وتسمياته الاساسية على كفاءة أداء العمل وعلى بعض الظواهر الاجتماعية السائدة .

وتعتبر هذه الدراسة دراسة ميدانية خالصة اذ تم تسجيل المادة الواردة فيها من داخل عنبر جراحة الرجال بمستشفى كينجزتون Kingston بمدينة هـل Hull باتجلترا حيث ابقى كاتب الدراسة مدة اسبوعين مقبلا اقامة كاملة ودائمة — كبريض — فى العنبر المذكور . وهناك بعض الملاحظات الخاصة بالمادة الواردة فى الدراسة :

١ — ان المادة الواردة فى الدراسة تتعلق بتلك الظواهر التى تسود فى

عنابر جراحة الرجال بصفة خاصة . ويمكن أن تختطف وتبتلين الظواهر التي تسود في عنابر الجراحة من تلك الظواهر التي تسود في عنابر أمراض باطنية أو في عنابر أمراض نساء أو أمراض عصبية . بل من المتوقع أن تختطف الظواهر السائدة في عنابر جراحة رجال — ولو اختلافا طفيفا — عن تلك التي تسود في عنابر جراحة النساء . وترجع أهمية هذه الملاحظة إلى أمرين ؛ الأول هو أننا يجب ألا نذهب بالتعميمات التي نخرج بها من هذه الدراسة إلى أبعد مما يجب ، والثاني هو أن نشير إلى أهمية إجراء دراسات أخرى نستطيع منها أن نقارن المادة الواردة في هذا المثال مع دراسات أخرى تجرى في عنابر أمراض باطنية أو نساء مثلا .

٢ — على الرغم من أن الدراسة تركز على الظواهر السائدة في العنبر إلا أنها تضمنت الكثير من المناقشات والتعليقات التي قاد إليها تحليل للظواهر التي تمت ملاحظتها . ذلك أن الوجود في العنبر والتأمل في الظواهر السائدة فيه أعطى فرصة للخروج إلى نطاق أوسع ، وهو نطاق المستشفى والعلاقات السائدة فيه بصفة عامة . وقد ساعد على الخوض في هذا المجال وإبداء الملاحظات المتعددة الخاصة بالعلاقات السائدة في المستشفى بعض الخبرات التي استطاع الباحث أن يكتسبها من خلال تواجده في هذه المجالات .

٣ — إذا كان القارئ سوف يلاحظ إشارات إلى مدى كفاءة تنظيم العنبر ، أو إلى طابع العلاقات الإنسانية التي كانت تميز التعامل بين فريق المريض وللمرضى . فيجب ألا يقن أن ذلك نوعا من الدعاية لهذا العنبر بالذات أو يظن أنه ناتج عن التأثير بخبرة شخصية خلصة . فلما قال عبارة عن محاولة لوصف وتحليل ما كان سائدا في العنبر بشيء من الدقة والامانة ، مع محاولة التحقق من نتائج وأثار نوعية معينة من التنظيم على المريض وعلى نهلية العلاج نفسها .

الملاحظة المشاركة كمنهج للدراسة :

كان المنهج الأساسي الذي اتبع في هذه الدراسة هو منهج الملاحظة المشاركة بكل ما يتضمنه هذا المنهج من أساليب وكل ما يتطلبه من إجراءات . فالمباحث كان مشاركا بمشاركة كلية في الوقت ، وكان أحد أعضائه ، وكان الموقف طبيعيا ، وكان السلوك تلقائيا ، إذ لم يكن أحد يعلم أن الأنثروبولوجي المريض كان يسجل الظواهر التي تدور حوله . على أنه قد أجريت بعض الملاحظات مع المرضى وأعضاء فريق التمريض كما ساذكر فيما بعد .

وقد أجريت الدراسة بعد أن تقرر دخولي مستشفى كينجزتون العام لإجراء جراحة . ومكنت في العنبر مدة أسبوعين منذ لحظة دخولي المستشفى الى وقت مغادرتي لها بعد تمللي للشفاء . وقد ساعدني موقفي الزنوج كمرضى وكأثروبولوجي على ملاحظة الظواهر التي تحدث في العنبر في كل لحظة . وقد تحققت في هذه الدراسة المعاناة والخبرة الميقة التي يجب على الباحث أن يجتازها لكي يصف الموقف . ولم تكن هناك صعوبة تحتاج الى أن أفكر في كيف تكون مشاركا في الموقف ، كما لم تكن هناك حاجة لانفعال الاندماج فيه أو الاحساس بمشاعر من يوجدون به . وإذا كانت الملاحظات الأولى (الخام) قد كتبت في العنبر أثناء اجتياز الخبرة ، فإن الصياغة النهائية والتعليقات والمناقشات التي وردت في الملل قد سجلت بعد الخروج من المستشفى مباشرة ، وكانت هذه الفترة بمثابة اجترار للخبرة الميدانية ، وحاولت للتأمل في أبعادها المختلفة . وعلى الرغم من أن خبرة المرض وأجراء الجراحات يمكن أن تكون خبرة غير سارة بالنسبة لأي شخص ، فإني كنت أشعر منذ البداية أن هذه هي فرصتي لدراسة ظواهر كنت أود دراستها منذ سنوات . وقد كتبت في موقف سمح لي أن لاحظ الظواهر وأحاطها وأنا داخل الموقف وخارجه في نفس الوقت . فلي معظم الأحيان كنت أشعر بما يشعر به كل مريض ، وأعمال من هيئة المريض كما يميل أي مريض ، وأفقد هويتي وقدرتي على التصرف الحر كما يحدث مع كل مريض وقد أُنْتُلبَت عوائل الطلق والمال والصيق والنظرة المتطلبة التي ينظر بها الناس أحيانا الى من يدهم السلطة والى من يملكون أن يأمرونا ولابد أن نطعمهم سواء كان ذلك رفعا عنا أو كنا سلما لهم أنفسنا طواعية . وفي نفس الوقت كنت ألاحظ تفاصيل الموقف كشخص خارجي بسبب أنني تعمدت منذ البداية أن أخذ موقف الأنثروبولوجي وأن أنظر الى الموقف بعين الملل وكأني خارج عنه وبصفة عامة كانت فترة العمل الميداني — فترة المرض — هي مزيج من الدخول والاندماج في الموقف ثم محاولة الاختلاء الى النفس وتسجيل الظواهر . ومحاولة ملاحظة ما يدور حولي بعين الدارس .

وقد كان ترتيب الأسبوعين كما يلي : قضيت يومين قبل إجراء الجراحة . وستة أيام بعد إجرائها في العنبر الأساسي . ثم قضيت بقية المدة في عنبر صغير ملحق بالعنبر الأساسي . ولم أقم أي وقت من هذه المدة — وهذا لحسن حظي — في حجرة مستقلة . فقد كان تواجدي بين بقية المرضى ضروريا لانتهاء الدراسة ، فالأنثروبولوجي يحتاج أن يوجد بين الناس أكثر مما يحتاج لأن يكون مستقلا عنهم حتى ولو أدى ذلك الى الحد من راحته .

والسؤال الذي قد يفكر فيه البعض هو مدى كفاية الأسبوعين لانتمام

الدراسة . والاجابة هي ان الاسبوعين يعتبران مدة كافية لاجراء دراسة قصيرة لبعض الظواهر السائدة في عنبر جراحة . بجانب أن الحالات التي كانت تند الى العنبر كان معظمها في حاجة الى جراحات صغيرة متشابهة ، وهذه لم تكن تتطلب وجود المريض في العنبر فترة زمنية طويلة . وعلى ذلك فقد كانت ألمي فرصة لكي لاحظ دخول حالات الى العنبر — (وهي الحالات التي وفدت الى العنبر بعد دخولي) وخروج حالات أخرى تماثلت للشفاء (وهي الحالات التي تقرر خروجها أثناء وجودي في العنبر) . وقد أتاح لي هذا الفرصة لملاحظة الظواهر المرتبطة بالمرحل المختلفة التي يمرون بها أثناء فترة العلاج والجراحة . وقد دخلت العنبر أيضا في تلك الفترة بعض الحالات الخاصة والحوادث وغيرها .

وقد حاولت استغلال الاسبوعين استغلالا جيدا وساعدني على ذلك أنني كنت متفرغا تفرغا تاما للملاحظة ليلا ونهارا ، ذلك أنني لم يكن أعاني من آلام تمنعني عن القيام بمهمة الملاحظة ، كما أن اجراءات العلاج لم تكن تحتاج الى أكثر من دقائق في اليوم الواحد . ونظرا لانها كانت المرة الأولى التي أدخل فيها مستشفى فقد كنت شديد التركيز والانتباه والاحساس بالخبرة بكل تفاصيلها كما أنني كاجنبى كنت شديد الملاحظة للعالم الغريب — بالنسبة لخبرتي الشخصية — الذي كان يحيط بي في هذه الفترة . وإذا كنت قد حاولت أن اسفل معظم ساعات النهار بالملاحظة ، فقد تمكنت ايضا في بعض الليالي البقاء وقتا الى ساعة متأخرة من الليل لملاحظة الظواهر المرتبطة بأعمال المساء .

بغلاء على ذلك فإن مادة هذه الدراسة هي محصلة الملاحظات الشخصية، وملاحظات المرضى الآخرين التي أمكنني التعرف عليها من خلال المناقشات التي أجريتها معهم . ذلك أنني كنت اتعمد في بعض الاحيان التساؤل عن بعض الظواهر التي لاحظتها أو من تفسيراتها لكي أثارن بين ملاحظاتي وتفسيراتي وبين ملاحظات وتفسيرات المرضى المحيطين بي . **كما كنت أوجه بعض التساؤلات** الى أعضاء فريق التمريض ، وكنت حريصا أن يتم ذلك بطريقة طيبة تضمن الاجابة الصادقة . وتعمدت في بعض الاحيان تكرار بعض الاسئلة لاشخاص مختلفين لمقارنة الاجابات ببعضها . وقد شجع موقفي كمريض أعضاء فريق التمريض على الاجابة على أسئلتى دون تحفظات كما شجعهم موقفي كاجنبى على الاجابة على أسئلتى التي كانت تخرج عن نطاق اهتماماتي بموضوع مرضي . وقد تضمن المقال أيضا بعض المعلومات التي جمعتها من طريق استماعي الى مناقشات أعضاء فريق التمريض مع بعضهم مصادفة ، تلك التي عبرت عن كثير من الاتجاهات والمعايير المتعلقة بأداء عملهم .

ولم يكن أحد يعلم في البداية أنني اتوم بتسجيل هذه الملاحظات ضمانا لاستمرار سير الأمور بطريقة طبيعية . ذلك أن علم الناس بأن شخصا ما يلاحظهم ويسجل سلوكهم قد يؤدي إلى القلق ، أو يدفعهم إلى السلوك بطريقة متحفظة . غير أنني قد أخبرت رئيسة العنبر في نهاية المدة أنني أنرى كتابة مقال من الظواهر السائدة في عنبر جراحة مستقيدا من المادة التي دونتها كملاحظات أثناء وجودي في العنبر . وقد كنت مطمئنا أن ذلك كافيا للوفاء بامانة الباحث ، وفي نفس الوقت ضمان توفير طبيعية الظواهر وتلقائية السلوك .

العنبر رقم ٨

ينقسم العنبر إلى ثلاثة أجزاء رئيسية ، هي : المدخل ، والعنبر الرئيسي ، ثم الملحق .

الجزء الأول : المدخل :

ويبدأ المدخل من باب العنبر الخارجى ، ويتكون من حجرتين متابعتين لبعضهما - تقمان بعد الباب مباشرة - أحدهما تستخدم ككاتب يدار منه العنبر ، وعادة ما تجلس فيه الحكيمة رئيسة العنبر . وتضم هذه الحجرة مكتبا صغيرا وعددا من المقاعد ، وبعض الرفوف والأدراج التي توضع بها أوراق المرضى . أما الحجرة المتابعة فهي حجرة العناية المركزة . ويرتد بها المرضى الذين يحتاجون إلى عناية خاصة ، أو الذين يحتاجون أن يظلوا بمنزل من العنبر ، أو الحالات شديدة الخطورة . وبجانب حجرة العناية المركزة (من ناحية باب العنبر) يوجد ركن صغير يستخدم كحجرة استقبال حيث وضعت به بعض المقاعد ومنسدة صغيرة . وهذا الركن مخصص لاستقبال زوار المرضى أو زوار فريق التمريض الذين يمكن أن يصلوا إلى العنبر في غير أوقات الزيارة الرسمية ، وعادة ما تكون هذه الزيارات طرفة لا يمكن للزوار فيها الانتظار إلى أن يحين الموعد الرسمي للزيارة . ويستخدم هذا المكان أيضا كحجرة استقبال ومكان انتظار المرضى الجدد إلى أن يتم تجهيز أماكنهم داخل العنبر .

ومن السهل على من يحاول ملاحظة طريقة العمل في العنبر أن يدرك أن هذا الجزء الأول من العنبر « المدخل بها يحتوى عليه » يقوم بوظيفة هامة بالنسبة لكل ما يجري داخل العنبر . تكتب الرئيسة قد وضع في موقع يكتها منه مراقبة كل من يدخل العنبر ، ويسهل عليها وعلى أى ممرضة تجلس في المكتب ملاحظة المريض الذى يرقد في الحجرة المقابلة « حجرة العناية المركزة » باستهزار . ومن هذا المكتب يتم توجيه كل التعليمات لفريق التمريض ولاى عمل يتم داخل العنبر . ومن هذا الموقع ايضا تستقبل الرئيسة — او من يحل محلها — اية بيانات او تعليمات او مكالمات آتية الى العنبر من المستشفى او من خارج المستشفى . ولهذا فان مدخل العنبر يعتبر نقطة مراقبة وحلقة اتصال بين العالم الخارجى (المستشفى او الاقارب او ... الخ) وبين المقيمين في العنبر .

ويتميز موقع المدخل ايضا بانه شديد القرب من العنبر الرئيسى ، وهذا يسهل عملية الاتصال بين ادارة العنبر وبين من يعملون فيه او من يوجدون فيه من المرضى . فقد كان من السهل مثلا ان يسمع من هم بالعنبر اى نداء يوجه من الحجرة ، خاصة وانه لا يوجد باب او حاجز يفصل بين المدخل وبين العنبر الرئيسى . ومن الواضح ان المشكلة الناتجة عن رفية ادارة العنبر في عدم رفض الزائر الذى يأتى الى العنبر في ظروف طارئة في غير مواعيد الزيارة الرسمية ، مع رغبتها في الحفاظ على النظام داخل العنبر يمكن أن تحلها بسهولة عن طريق استخدام حجرة الاستقبال كمكان يلتقى فيه الزوار بمرضاهم في الحالات الطارئة .

للجزء الثانى : العنبر الرئيسى :

العنبر الرئيسى عبارة عن صالة كبيرة مستطيلة الشكل ، تحوى على ميتين من الاسرة المقابلة لبعضها بحيث يحتوى العنبر على ما يقرب من عشرين سريرا . ويفصل بين كل مرور وآخر مسافة تبلغ حوالى متر أو أكثر قليلا . وتعتبر هذه المسافة مسافة مناسبة تتبع للمريض لمرصة الاتصال بالمريض الذى يجاوره حينما يريد ذلك ، وأن يحقق نوعا من الإستقلال عن المريض المجاور حينما لا يريد الاتصال . ومن الطبيعى أن المريض يحتاج الى الاتصال بالمريض الاخرين في كثير من الاحيان ، فهو يحتاج أن يتكلم مع جاره حينما يشعر بالملل ، وقد يحتاج أن يشتكى اليه من بعض مما يشايقه سرا . وقد كان ترب المسافة بين الاسرة في هذا العنبر عابلا من عوامل حدوث كثير من الاتصالات اللغوية بين المرضى في موضوعات شتى . ويلاحظ ان المسافة اذا كانت شديدة القرب بين الاسرة فقد يؤدى ذلك الى المضايقات أو الازعاج

خاصة في أوقات الزيارات . ويشعر بالأزعاج بصفة خاصة المرضى تشديدو الحساسية ، أو من يحرصون دائماً على التمتع بقدر من الاستقلال عن الآخرين ، أو هؤلاء الذين لا يحبون أن يرتبهم أحد . لها إذا كانت المسافة التي تفصل بين كل سرير وآخر مسافة مناسبة — ليست شديدة البعد أو شديدة القرب — تساعد ذلك على وجود علاقات أقوى بين مجموعة المرضى الذين يشغلون أسرة متجاورة ، وساعد أيضاً على سهولة توصيل تعليمات هيئة التمريض لهم .

ويفصل بين كل سرير وآخر نافذة ، كما أن هناك دواب مسنير « كومودينو » لكل سرير ، وهذا الدواب يتركز على رولان بلى . ولهذا ففي حالة نقل المريض من سرير إلى آخر لم يكن يستدعى ذلك نقل ملابس وأدواته من دواب إلى آخر ، إذ كان يتم تحريك الدواب ونقله بسهولة إلى جوار السرير الذي تنتقل إليه المريض ، وإعادة الدواب الآخر مكانه . وقد كان ارتفاع هذا الدواب عن الأرض ارتفاعاً مناسباً بالنسبة لارتفاع السرير . لقد كان المريض يمكنه بسهولة فتح الدواب ، وتناول ما يريده منه وهو على سرير . وبالإضافة إلى ذلك انتشرت في أماكن متفرقة من العنبر بعض الأحواض والصنابير لتتمكن الممرضات من غسل أيديهن بسهولة بعد القيام بأي عمل دون الحاجة إلى الخروج من العنبر . كما احتوى العنبر أيضاً على مكان مخصص لاقاء بقايا المعينات التي تؤخذ من المرضى وكل التغليفات التي يودون التخلص منها .

الجزء الثالث : الملحق :

ينتهى العنبر الرئيسي بحائل وكأنه بوابة تتصل بين العنبر الرئيسي وبين الملحق . وتوجد خلف الحائل (المتحرك) جسر متحرك يشبه « الكراك للفيولات » بها سرير للكشف ، وبها بعض الملابس التي يرتديها أعضاء فريق التمريض عند القيام بأي عمل غير للمريض . وبها أيضاً بعض الأجهزة والأدوات التي تستخدم في الإجراءات الطبية كالنيار على البروح . وارتفاع « الفرز » ، وبقية العمليات التمريضية التي لا تستدعي نقل المريض إلى حجرة العمليات . وعلى ذلك فهذه الحجرة تشبه بحجرة عمليات بسيطة خاصة بفريق التمريض .

ويعد هذه الحجرة يوجد عنبر صغير عبارة عن ملحق للعنبر الأساسي ويطلق عليه « الملحق » ، ويضم سعة أسرة . وينتهى العنبر الملحق بحجرة أخرى عبارة عن حجرة جلوس صغيرة لاستراحة المرضى الذين يمكنهم مغادرة

السريـر . وعادة ما يستخدم هذه الحجرة لـلـمرضى المتعبين في الملحق اذ ان معظمهم يكون في حالة افضل من مرضى العنبر الاساسى ، نكل منهم ينتظر التظلم الجرح وتنام الشفاء .

وفي مقابل العنبر الملحق توجد المرافق ودورات المياه والحمامات والانتاش . وقد صممت هذه المرافق بطريقة تلائم المرضى الذين يعانون من متاعب خاصة بعد العمليات . وعلى سبيل المثال توجد بالحمامات مقابض مثبتة في الحائط يمكن للمريض الإمساك بها لكي لا ينزلق . كما توجد وسائل معينة مائلة في دورات المياه لكي يتمكن المريض من الإمساك بها أو الاستناد إليها . كما توجد مقابض في الحائط لكي يمسك بها المريض الذي يعاني من متاعب أثناء قضاء حاجته .

ويدرك المرضى وأعضاء فريق التمريض أن العنبر الملحق هو الطريق المؤدى الى الخروج من المستشفى ، خصة وان إخصائى الجراحة الكبير يأمر بخروج المريض من هذا المكان ، ولهذا يشعر كل مريض يتم نقله الى العنبر الملحق أنه تائب للشفاء . ويحدث الإحباط لدى أى مريض عندما يأمر الطبيب بإعادته الى العنبر الرئيسى . وعادة ما يأمر بذلك عندما تحدث مضاعفات ، أو عندما يظن الجرح ، أو عندما تستدعى حالة أى مريض مزيدا من العناية أو الهدوء نظرا لان العناية في العنبر الرئيسى أشد تركيزا من العناية في الملحق . وقد حدث ذلك مرة بالنسبة لمريض كان قد نقل الى العنبر الملحق ، وقد أحس هذا المريض إن إعادته الى العنبر الرئيسى يعنى تدهور حالته .

ويشترك مرضى العنبر الصغير في بعض السمات والخصائص . وعلى سبيل المثال فانهم يشتركون في أن درجة قلقهم على أنفسهم وعلى مسألة شفائهم تعتبر أقل من درجة قلق من يعيشون في العنبر الاساسى ، خاصة اذا قارناهم بمن ينتظرون إجراء الجراحة ، أو من أجريت لهم الجراحة حديثا . ولم يكفهم من الجرح بعد ، أو اذا قارناهم بمن يعانون من ألم ما . ويسهل على انخفاض نسبة القلق في العنبر الصغير ظهور بعض الظواهر التي قل أن تظهر في العنبر الاساسى . فالمرضى في العنبر الملحق لا يمكث كل الوقت في سريره مثل مرضى العنبر الاساسى . وعادة ما يتناقش مرضى الملحق بصوت أعلى وبكم أكثر كثافة من هؤلاء الذين يرتدون في العنبر الاساسى .

وهناك بعض المشكلات التي ظهرت في العنبر الملحق ولكنها يصعب ان تظهر في العنبر الاساسى ، لقد أدى احساس المرضى بالتباعد للشفاء ، وزيادة تحركهم ومناقشتهم الى حدوث بعض المضاعفات بالنسبة لمرضى آخرين نقلوا الى الملحق لكنهم يودون أن يظل الجو هادئا ، أو يودون النوم مبكرا في الوقت

الذى يظل فيه بقية المرضى يتحدثون الى بعضهم أو يشاهدون برامج التلفزيون في الحجرة المجاورة . ولكن كانت هذه المشكلات تحل بسهولة اذ عادة ما كان المرضى الذين يرغبون في مزيد من الهدوء يشتكون الى الممرضة سرا ، وكانت هى تبلغ بدورها الرئيسة التى كانت تقوم بالتنبيه على المرضى لالتزام الهدوء ومراعاة شعور غيرهم . وقد نشأت بعض المشكلات أيضا وتطلق بالازعاج الذى يسببه التلفزيون وحول اثر ذلك المرضى الذين يرغبون في مشاهدته اغلاق حجرة التلفزيون لفصلها عن بقية العنبر ، ولكن اشتكى أيضا المرضى الآخرين بأن الصوت يصلهم ، ولهذا لا يستطيعون النوم . وكان هذا يتطلب دائما تصريحا حكيمًا من فريق التمريض للتوفيق بين الرغبات المتعارضة . وتعكس مثل هذه الظواهر والمشكلات لثر قرب حجرة الاستراحة التى يوجد بها التلفزيون من العنبر الملحق ، الامر الذى يؤكد أهمية الاعداد المسبق والتنسيق بين وحدات الجنى في ضوء طبيعة استخدامها .

ومن نماذج السلوك التى يشترك فيها المقيمون في العنبر الصغير أيضا هو انهم يمتدنون وداع كل مريض يأمر الطبيب بخروجه من المستشفى ويهتفون . كذلك يشتركون في تهنئة المريض الذى يأمر الطبيب بنقله من العنبر الرئيسى الى العنبر الملحق .

والملاقات التى تسود بين مرضى العنبر الملحق أكثر قوة وأقل ملاءمة ، خاصة اذا تارناها بالملاقات التى تسود بين المرضى في العنبر الرئيسى . اما التلق فهو يتدرج من حجرة العناية المركزة ، الى العنبر الاساسى ، الى ان يصل الى أقل درجة في العنبر الملحق . واذا كان انخفاض درجة التلق ترجع الى لطئتان المرضى على حالتهم ، فانها ترجع أيضا الى وجود روح جماعية ، وتقدر من الاتصال المشترك بين المرضى مما يؤدي الى تحقيق قدر من المشاركة يساعد على تخفيف الألم والتلق .

وينص نظام المستشفى على أن المريض لا يمكن أن يغادر المستشفى وحده ، بل لابد أن يأتى ذويه لاصطحبه ، وإن لم يكن ممكنا أن يأتى أحد أقربائه فلا بد أن يأتى أحد أصدقائه لاصطحبه من المستشفى . وقد اعتاد مرضى العنبر الملحق على أن يستقبلوا اهالى واصدقاء المرضى الذين تقرر خروجهم . ويشيع هذا جوا من البهجة اذ يحرس كل مريض على أن يقدم ذويه الى المرضى الآخرين . وعادة ما يحاول المرضى مساعدته — مع ذويه ومع أعضائه فريق التمريض — على ترتيب حقيقته ، وجمع حاجاته وتجهيز لمغادرة العنبر . ولكن لوحظ أن المرضى يسمدون أن يودعوا المريض الذى تم تسفاده فانهم يجلسون فترة ما صابطين ، وغالبا ما يفكر كل منهم في اللحظة التى يأمر فيها الطبيب بخروجه من المستشفى . وقد يشعر البعض بالفرة . وقد يتكرر

البعض في كم ستكون سمادة زوجته وأولاده به عندما يخرج من المستشفى .
وبعد فترة من الصمت عادة ما يبدأ لسد المرضى الحديث لكي يقطع تنفص
الانكار والاحاسيس المؤلمة .

وعلى الرغم من أن العلاقات بين المرضى في العنبر الاساسى والمرضى في
الملحق عادة ما تكون مقطوعة نسبيا ، الا ان بعض مرضى العنبر الرئيسي الذين
يشعرون بقدرتهم على مغادرة السرير — ويسمح لهم بذلك — او من ينتظرون
اجراء الجراحة عادة ما ينتقلون الى الملحق لمساعدة برلج الفلپزيون أو تناول
الطعام . فقد لوحظ ان فريق التمريض لا يسمح للريض بتناول الطعام في
السرير الا عندما لا يكون قادرا على مشايرته . ولهذا فتمعتبر فترة تناول
الطعام هي فترة لقاء مرضى العنبر الرئيسي (القادرين على الحركة) بمرضى
الملحق . وعندما يلتقي مرضى الملحق بالمرضى الجدد فانهم يشعرون بالتفوق
عليهم نظرا لانهم أكثر خبرة بالمستشفى ، وينظلمها ، وباجراء الجراحات .
وعادة ما يحاول المرضى الجسد الانصاف الى احاديث مرضى الملحق عن
المستشفى ونظلمها ، وعن اجراء الجراحات ، وعن الآلم والاحساس
به ... الخ .

واللاحظ بصفة عامة على المبني وتقسيم العنبر الى وحدات التي تم
شرعها ، ان التقسيم يرتبط ارتباطا شديدا بمراحل اجراء الجراحة . وهو
مصمم بطريقة تسهل أداء العمل ، وتحقيق اتباع التنظيم وطرق العلاج التي
تحددھا المستشفى بها في ذلك طرق العلاج والتفذية وغيرها . ومن المتوقع ان
تكون تصبيلات بمبنى العنابر الاخرى — التي تضم مرضى يعانون من أمراض
أخرى — مختلفة بحيث يتناسب شكل المبني وتقسيماته مع نوعية المرضى
 واجراءات ومراحل العلاج . وفنى عن البيان ان المشكلات التي سبق
الاشارة اليها تتل — ضمن ما تدل عليه — على أهمية تنسيق المبني وتقسيمه
الى وحدات تؤدي كل وحدة وظيفة محددة ، أو تستخدم في غرض خاص .

واللاحظ أيضا ان هذه التقسيمات المادية ترتبط في ذهن الانسان بمكان
يخلفها على المكان نتيجة اجتيازه خبرات معينة أثناء وجوده في هذا المكان .
فحجرة العناية المركزة ترتبط بشدة المرض ، كما يرتبط العنبر الرئيسي
بالجراحات ومواعيد اجرائها وبالحالات التي تحتاج الى عناية كبيرة . ويرتبط
الملحق بالشلل والخروج من المستشفى .

التنظيم والتعاون وتقسيم العمل

يعتبر تنظيم الخدمة الطبية ، والخدمات المرتبطة بها ، وطريقة تقديمها أمرا على جانب كبير من الأهمية . وقد كان فريق التمريض في هذا المنبر شديد الاهتمام بتقديم الخدمة الطبية في موعدها المحدد ، كما كان هناك اهتمام بتقديم الغذاء والشاي ووسائل الترفيه في مواعيد محددة أيضا ، حتى أن المريض كان يمكنه التنبؤ — بعد فترة من وجوده في المنبر — بما سيحدث في ساعات النهار المختلفة . وقد نظم أعضاء فريق التمريض أنفسهم بحيث يتواجد عدد منهم في المنبر طوال ساعات النهار والليل . وحتى بالنسبة لآوقات تناولهم لوجباتهم اليومية ، فقد نظم أعضاء الفريق أنفسهم على التناوب بحيث يوجد عدد منهم بجوار المرضى أثناء تناول الآخرين الطعام . وقد حقق ذلك للمرضى نوعا من الاطمئنان إذ لم يعد هناك داع لان يشعر أى مريض بالتلقت إذا احتاج إلى أى منهم .

ويتفق نظام المنبر أن تظل الحكيمة والمرضات اللواتي يقمن بالعمل ليلا ساهرات . وقد كن يبدن اهتماما شديدا بالمرضى من حيث تقديم العلاج ، والتأكد من أن كل مريض قد نام بالفعل . وكان يفترض أن تقوم الرئيسة بالمرور على الأسرة كل فترة من الوقت . ويساعد ذلك على سرعة اكتشاف الحالات الطارئة أو المفاجئة ، وعلاجها . أما الوقت المتبقى فقد كانت الممرضة — أو الحكيمة — تقضيه في القراءة .

أما نمط الاتصال بين مختلف درجات فريق التمريض فقد كان على درجة عالية من التنظيم . وكان شديد الضبط والاحكام . فالمعلومات من المرضى تصل في سرعة من الممرضة إلى الحكيمة ثم إلى الطبيب . وتنفيذ الأوامر الطبية يتم في سرعة أيضا في الاتجاه العاكس (الطبيب — الحكيمة — الممرضة) . وتسد ساعد هذا على الاستجابة للحالات الطارئة ، وسرعة تنفيذ القرارات الطبية .

كذلك كانت هناك درجة عالية من الضبط فيما يتعلق بعملية تنفيذ قرارات العلاج نفسها ، وهى العملية الأساسية التي وجد المريض من أجلها في المستشفى . فقد كانت كل أنواع الادوية الخاصة بالمرضى موضوعة في دواب تجره عجلات بحيث يمكن تحريكه بسهولة في أى مكان في المنبر . ولابد أن يبقى الدواب مغلقا والفتاح مع الحكيمة . وفي الوقت الذى لا يستخدم فيه الدواب كل يشد إلى الحائط بقفل بحيث لا يمكن لأحد أن يحركه أو يأخذ منه شئ دون إذن من الحكيمة . ويتفق النظام أيضا عدم ترك أى نوع من

الدواء بجانب المريض ، كما أن المبرضة تتأكد دائما من أن المريض قد أخذ
ملاجه أمام عينها ، فهي لا تقادر السرير مثلا إلا عندما ترى المريض وقد
ابتلع الاقراص . وتتعرف المبرضة على نوعية العلاج المقرر لكل مريض من
طريق قائمة موجودة في الدواب ، مدون بها تفاصيل علاج كل مريض والمواعيد
الخاصة بذلك .

ومن شأن هذا النوع من التنظيم وال ضبط أن يمنع حدوث أية أخطاء في
إعطاء العلاج أو في جرعاته . ويؤدي أيضا إلى التغلب على مشكلات المرضى
الذين يتمتعون أحيانا من تناول العلاج المقرر . فقد حاول بعض المرضى
— على سبيل المثال — الامتناع عن تناول الاقراص المساعدة على النوم
بدعوى أنهم يرغبون في النوم بطريقة طبيعية . وقد كلن من السهل على
المبرضة أن تقاتشه وتقنعه بأهمية تناول الاقراص ومن الطبيعي أن ذلك
كلن يمكن إلا يحدث إذا كانت الاقراص تعطى للمريض فقط ثم يترك وشأنه
بعد ذلك .

واللاحظ لما يوجد في هذا المعبر وطريقة العمل فيه يمكنه أن يدرك تماما
أن وجود أجهزة وأدوات واستعدادات داخل المعبر تعتبر جانبا أساسيا
لاكتساب الخدمة الطبية . ولكن هذه الأجهزة والاستعدادات لن تعمل من ذاتها ،
بل أنها يمكن أن تكون عديمة النفع ، بل ضارة ، إذا أساء استخدامها ،
وإذا لم يكن هناك تحرر من التنظيم والالتزام والاهتمام الشخصي لدى من
يستخدمها كما سبق وذكرنا ، بحيث يتعرف على الطريقة المثلى لاستخدامها ،
والحالات التي تستخدم فيها بحيث يؤدي ذلك إلى أفضل نتيجة .

وعلى الرغم من أن التدرج في المركز في المعبر وجد لكي يحقق عملية
ضبط النظام التي تؤدي في النهاية إلى تحقيق خدمة المريض ، فإن طابع
شخصية الفرد يمكن أن يؤثر على إمكانية قيامه بتنظيم وضبط العمل داخل
المعبر . فقد لوحظ أن توفر بعض الصناعات التي في الأفراد الذين يتبوؤون مكانة
عالية ويتوقع منهم قيادة غيرهم في أداء الأعمال في المعبر قد يسهل أو قد
يعوق أداءهم للدور المتوقعة منهم بالطريقة التي يقرها التنظيم . وعلى
سبيل المثال نلن بعض المؤسسات قد كن بتشدات في إصدار الأوامر وتطبيق
المعويات على الممرضات . في هذه الحالة سوف تحاول الممرضات ارتكاب
الأخطاء والمخالفات التي يمكن ارتكابها بعيدا عن أعين الرئيسة ، أو أن
ينعلن في غيابها ما لا يستطعن فعله في حضورها إذ أن ذلك يصبح تمويضا
عما يلائقونه منها من تعسف ، ومن يمكن أن يعلق بعض التعليقات عليها عن
طريق الهمس الذي لا يمكن أن تسمعه . وكذلك الحال بالنسبة للرئيسة التي
لا تنص بالحزم اللازم . أو التي تتهاون عن مطالبة الممرضات بتنفيذ التعليمات .
بهذا يمكن أن يؤدي إلى أن يتعود أفراد الفريق الذي ترأسه على الإهمال

والتعاون . وبالمثل فإن مسألة التردد في اتخاذ القرارات — خاصة في الحالات الطارئة — تقتد أعضاء الفريق الثقة في قدرة الرئيسة على سياسة أمور العنبر ، ويعطى ذلك الفرصة لبعض أعضاء الفريق في اتخاذ قرارات فردية أو للتصرف في الحالات الخاصة دون الرجوع الى الرئيسة . أما اذا اشتهرت إحدى الرئيسات بأى نوع من التحيز لأحدى أعضاء فريق التمريض أو ضد أى منهم ، أو اذا ظهر أن لها علاقات شخصية خاصة مع احداهن وانعكس هذا على سياسة الأمور وأصدار الأوامر داخل العنبر فإن ذلك سيلفت نظر بقية أفراد الفريق في سرعة ، وسوف ينبعث ذلك سيل من التعليقات بعضها يتل الشخمية موضوع اهتمام الرئيسة ، وبعضها يقال سرا .

وقد لوحظ أيضا أن وجود درجة من القابلية بين التشدد في إصدار القرار وبين مطابقة تنفيذه يؤدي الى التعمد على عدم تنفيذ القرارات . فإذا كانت الرئيسة تصدر الأوامر ولكنها لا تتابع تنفيذها ، فإن الممرضات سيتمادون على التهاون في تنفيذ الأوامر . فقد يسمح لبعض المرضى بأداء ما هو غير مسووح به على مستوى التنظيم وذلك في غياب الرئيسة . وسوف لا تنفذ كثير من القرارات . وسوف يتعمد المرضى سماع الرئيسة وهي تصدر أوامر يدركون أنها لن تنفذ .

وقد لوحظ أيضا أن فريق التمريض يستجيب بطريقة إيجابية لطابع شخصية الرئيسة فإذا كانت حازمة ساعد العنبر نوع من الدقة في تنفيذ قراراتها والنعكس صحيح . وتنفس الشيء بالنسبة للمرضى ، فإذا كانت الممرضة حريصة على تنفيذ الأوامر بدقة أدى هذا الى التزام المرضى بها ، أما اذا كانت بتهاونة فسوف يشجع هذا المرضى على التهاون .

على الرغم من أن تقسيم العمل يزيد من درجة اتقان الفرد للعمل الذى يؤديه . إلا أنه لوحظ في أداء الأعمال المختلفة داخل العنبر أن كل شخص كان مدبرا على العمل الذى يؤديه الآخر . بجانب أن كل فرد من أعضاء فريق التمريض كان عليه أن يقوم بأعمال ممتدة . وقد أدى هذا الى سرعة إنجاز المهام المطلوبة من فريق التمريض بصرف النظر عن وجود شخص محدد . فقد ساعد في هذا العنبر ما يمكن أن نطلق عليه « مزج بين تقسيم العمل والتعاون » في أداء العمل .

وعلى سبيل المثال اذا كانت مهمة رئيسة العنبر هي ضبط كل الانشطة داخل العنبر وإبلاغ لحوال المرضى الى الأطباء . وإذا كانت مهمة بمساعدتها في أداء بعض أعمال التمريض وتعليم الممرضات الحديثات ، وإذا كانت هناك بعض الأعمال البسيطة توكل الى الطالبات المصغرات فإن كل هذه الفئات

كانت تتعاون معا في أداء معظم الأعمال في العنبر . ولم يكن هناك اعتبار للترتبة في أداء كثير من الأعمال ، فالرئيسة تد ترفع ورقة ملقاه على الأرض لتظليها في سلة المهملات أو تغليف دولا ب مريض ، أو تساعد مريضا في ارتداء ملابس ، أو تجميع الزجاجات التي بها عينات البول من المرضى لتحليلها . ولكن لم يحدث أن امتد هذا الى أن يتصرف — من ليس له حق التصرف — في مسألة العلاج الطبي ، محالات إصابة الجروح بميكروبات ، أو حالات التدهور المفاجئة ترنع الى الطبيب ، إما الحالات التي تحتاج الى أقراص منومة أو غيرها — مما يسمح للرئيسة أن تقرره دون رجوع الى الطبيب — فلم يكن ممكنا لاي ممرضة أن تؤديه دون الرجوع الى الرئيسة . وكل ما لوحظ أن المعلومات كانت تصل في سرعة فائقة من أى شخص تصل اليه شكوى المريض الى الرئيسة أو الى الطبيب .

وقد كان من السهل على الملاحظ المدقق أن يدرك أن هذا التعاون قد ظهر بسبب وجود شعور مشترك بين هذا الفريق هو الإحساس بأن « العنبر هو مسئوليتنا جميعا » فكل عضو في الفريق مسئول عن كل شيء ويحرص على إثناء مبله على إكمال وجه ، فقد لوحظ أن أعضاء كل « نوبة » يحرصون على التعاون والعمل الجاد قبل نهاية نوبتهم ، لكي يتركوا العنبر نظيفا ومعدا ، ويتركون التعليمات واضحة لأعضاء النوبة التي تليهم ، وإثناء ذلك يمكن للرئيسة أن تنظف العنبر أو ترتب الأسرة . ويشجع ذلك صفاء الممرضات على أن يقمن بأعمال ليست من اختصاصهن بل من اختصاص عمال النظافة . . وهكذا . وبصفة عامة فإن هذا الفريق كان يحرص على العمل كوحدة وليس كأفراد .

لما من حيث محددات ومتطلبات الدور ، والصراع الذي يمكن أن يحدث لبعض الذين يؤدون أدوارهم في العنبر فالتناود أن نشير الى أن هناك اختلاف في بعض جوانب الدور الذي تؤديه الممرضة في المستشفى في بلد مثل إنجلترا ، والدور الذي تؤديه الممرضة في مجتمعنا . كما أن هناك اختلاف فيما يتعلق بالمشكلات التي ترتبط بكل دور وفقا لتباين الظروف . فالمشكلات التي سنناقشها هنا وتتعلق بالأدوار تختلف عن تلك المشكلات التي ترتبط بنفس الأدوار في مجتمعنا المصري . ومع ذلك فنحن نهتم بتحليلها لأنها تلمح ضوعا على أبعاد المشكلة مع اتفاقنا على اختلاف التطبيق تبعاً للظروف الاجتماعية . وعلى سبيل المثال تتطلب محددات دور الممرضة أن تمتنع عن بعض أنواع السلوك ، وأن تتصل بين أدائها للدور الذي يتطلب منها التفاعل الكابل مع المريض ، وبين ما ينشأ في نفسها من مشاعر تجاه العمل الذي تؤديه أو تجاه المريض الذي تتعامل معه . كما إن عليها أن تكف عن التمييز بين شخص وآخر بناء على ارتياعها أو عدم ارتياعها له . هذا على الرغم

من أنها قؤدى وإجيبها فى العنبر كمبرضة وأنسقة أيضا ، ومن الواضح أن هذا الاعتبار المزدوج يعرضها لعدد من المشكلات والمواقف الصعبة .

وقد كان من أوضح محددات دور المبرضة فى هذا المستشفى ألا تقبل مالا أو مقابلا فى أية صورة من مريض ، وألا تقبل الهدايا ، وألا تشرب النبيذ أو الخمر فى العنبر إذا دعت إلى تناول كأس . فقد كانت للحدود المسموحة هى أن تأخذ قطعة من الشيكولاته إذا قدمها إليها مريض . كما كان مخطورا على المبرضة اقامة ملاقات مع المرضى خارج نطاق المستشفى بعد اتمام الشفاء .

وتبدو محددات الدور صعبة التنفيذ لو مريكة حينما يكون على المبرضة أن تحقق توازنا كقوا بين انفعالاتها بمشكلات المرضى ، بين محددات الدور التى تالمرها بالا يصل انفعالاتها بالمريض وانشغالها به إلى مستوى العاطفة ، وأن تساوى فى المعاملة بين من تنفعل بمشكلاته ، ومن لا تجد لمشكلاته مدى فى نفسها . وعليها أن تتحكم فى نفسها وفى مشاعرها وسلوكها حينما تجد أن ذلك سوف يجعلها تخرج من حدود الدور المرسوم . ويتضمن عليها الاختيار الصعب أيضا عندما تؤدى الخدمة على أكمل وجه يطلب منها المريض أن تقبل هدية ، كهدية وليس كرشوة ، فهى يجب عليها أن ترفض على الرغم من أنها تدرك أن المريض يسر عندما تقبل منه شيئا . وهى — لا شك — كائنسانة يعجبها أن تسع كلمات الإجاب ، ولكن إذا استجابت لها استجابات معينة فيمكن أن تفقد هيبتها ومكانتها . بل أن الاختيار الصعب يمكن أن يصل إلى مستوى الصراع عندما يطلب منها أحد المرضى استمرار العلاقة بعد مرحلة الشفاء . وإحيانا يطلب المرضى ذلك . ويحدث الصراع حينما تكون المبرضة — لسبب أو لآخر — لديها نفس الرغبة أو تكون قد حلت له نفس للمشاعر بسبب تفاعلها مع مشكلته أو بسبب طول فترة إقامته فى العنبر . ويحدث هذا على وجه الخصوص مع المرضى الذين يدخلون المستشفى مصابين فى حوادث أو حالات خطيرة . فهذه الحالة تنقسم هيئة التمريض بدور فعال فى إعادة المريض إلى حالته الطبيعية . ففى هذه الفترة تولد لدى المريض مشاعر وانفعالات يصعب معها أن يتصور أن علاقته هؤلاء مستشفى بمجرد خروجه من المستشفى وتزداد هذه المواقف حدة حينما يكون هناك تقارب فى السن أو المستوى الاجتماعى بين المريض والمبرضة . ولا يخفى علينا أن نفس هذه المواقف يمكن أن تتكون بين الطبيب ومريضة ، الأمر الذى يتطلب منه دائما قدرا من الحزم بحيث يحقق دائما الاتزان بين مريضة والابتماد عنه لكى يستطيع أن يحافظ على القواعد الخاصة بدوره .

ويمكن أن يؤدى دور المبرضة إلى الصراع أيضا بسبب أنه يفترض أن

الخدمة تقدم لكل مريض شخصيا ، ويفترض أن يشعر كل مريض أنه يعامل معاملة حسنة . وأحيانا يؤدي مراعاة الممرضة لهذا الجانب من دورها أن يشعر بعض المرضى أن هذه المعاملة معاملة شخصية ، وربما يشكون في نية الممرضة .

ويمكننا أن نلاحظ سوء التكيف في أداء الدور لدى المرضى . فالمريض عندما يدخل إلى العنبر عادة لا يمكنه التكيف لدوره كمرضى كما تصدده المستشفى . فهو يظل يشعر أنه « غلان » وليس « المريض » . ولهذا كثيرا ما كانت كلمة « المريض » أو « الغلان » التي تستخدم كثيرا في المستشفيات كلمة مؤلمة بالنسبة له (ويلاحظ أنها نادرا ما تستخدم في العيادات الخاصة) وقد اهتبت الممرضات في هذا العنبر بأن ينادى كل مريض باسمه . ويدل على حساسية المريض للكلمات وعدم قبوله لدوره كمرضى ما ذكره أحد المرضى من أنه عندما قابل الممرضة في الكنيسة فضايق لأنها قدمت إلى صديقتهما على أنه « المريض غلان » ، وقد كان يود أن تكفى بتمزيقه على أنه « غلان » .

وينتاب المرضى في هذه الفترة مشاعر متباينة يجب وضعها في الاعتبار لكي يستطيع الفريق المعالج أن يتقبل المريض على نحو يساعده على أن يتلم الخسبة على أكل وجه . فبعض المرضى - وخاصة هؤلاء الذين لم يعتادوا أن يأمرهم أحد - يجدون أنفسهم في هذا الوقت مطالبون بتنفيذ كل ما يؤمرون به . ونظرا لأنهم يشعرون في هذه الحالة وكأنهم أصبحوا أطفالا فاعلمهم يشعرون بفقدان الهوية وبأنهم غير قادرين على التكيف والتكيف مع هذا الوسط . لهذا يعيشون طوال فترة وجودهم في المستشفى نوما يشبه الاكتئاب . وهؤلاء يحتاجون إلى معاملة خاصة .

كما يرغب بعض المرضى في الحفاظ على استقلالهم في فترة العلاج أيضا . فهم يفضلون أن يغيروا ملابسهم بأنفسهم ، أو يذهبوا إلى المراض سيريا على أقدامهم ولا يفضلون الذهاب على كرمى متحرك أو محبلين . وقد لوحظ أن البوول يحتبس لدى بعض المرضى حينما يطلبوا بالقبول في السرير حينما تستدعى حالتهم ذلك ، وتختفي هذه الظاهرة غالبا بمجرد أن يتمكن المريض من الذهاب إلى المراض . وفي هذه الحالات التي يود فيها المريض أن يظل مستقلا يكون عمل هيئة التمريض هو المباشرة والمراقبة والتأكد من أداء المريض لما يريد .

ويعاني بعض المرضى في فترة المرض من تضخم الشفقة على الذات ، إذ تصبح نفسه هي مركز اهتمامه . لهذا يشعر بالضيق من تأخر أى طلب ،

كما يشعر بالضيق إذا اهتم الفريق المعالج بغيره أكثر من الاهتمام به . ويحدث هذا على وجه الخصوص عندما يبدأ في التبايل للشفاء حيث أنه يتوقع استمرار نفس الرعاية التي كان يلقاها في شدة المرض .

ويحتاج الفريق الذي يعمل في العنبر دائما أن يدرك أن عدم تكيف المريض لدوره وتلقه على نفسه ينبغي أن يقابل بالصبر والبشاشة . بغض المرضى يسألون مشرات الأسئلة من مرضهم ، وعن علاجهم ، وعن الاحتمالات المتوقعة التي تتعلق بتطور حالتهم الصحية . ويزيد من تلقهم وضيقهم احساسهم بتكاسل اعضاء فريق العلاج من الاجابة السريعة والمريحة . وقد اعتادت إحدى الحكيمات تشجيع مريض كان يسأل أسئلة كثيرة عن حالته ولكنه كان يشعر بالحرج من ذلك بقولها « لو كنت محلك كنت سألت نفس الأسئلة . . الاذكيا دائما هم الذين يسألون » .

العلاقات داخل العنبر

علاقة فريق التمريض بالمرضى :

من الطبيعي أن تأدية العمل كواجب والتزام بعد مطلباً أساسياً في أية مهنة . ولكن تأدية العمل في قطاع خدمة المرضى يتطلب أكثر من ذلك ، نظراً لأن هذا العمل يؤدي من خلال علاقة بين التالين بالخدمة الطبية وبين المريض . ونظراً لحساسية موقف المريض فهو يتوقع قدراً من العلاقات الانسانية ، وتقديراً من الاهتمام بوجه اليه من يؤدون الخدمة . وعلى سبيل المثال فقد لوحظ أن سرعة الاستجابة لطلبات المرضى تؤدي الى احساسه بالامن ، كما أن تقديم الخدمة بوجه بائن لا يدفع للمريض فرصة الاحساس بأنه شخص محقق .

وفي هذا العنبر ، على الرغم من أن كل سرير لم يكن مزوداً بجرس لاستدعاء الممرضة ، إلا أن النشاط الدائم وتكرار مرور الممرضات في العنبر أدى الى الاستجابة السريعة لاي نداء ، والتصرف السريع في أية مضاعفات . وقد لاحظ المرضى الذين استدعوا اعضاء فريق التمريض الساهرين طوال الليل أنهم يعملون بنشاط وكانهم في الصباح ، فلم يدع هذا نرسفة للمرضى لأن يشعروا أنهم ألقوا الممرضة من نومها ، بعكس الحال إذا ما كانت الممرضة تاتى للمريض وهي شبه نائمة . وقد لوحظ أن الحكمة كانت تطلب من الممرضات اداء عملهن والاستجابة للمرضى بهمة ونشاط ، وكانت تعطى نموذجاً للجميع بأنهم لم تكن تسيروا في العنبر ببطء على الاطلاق . كذلك لم يلاحظ

لحد انتشارال الممرضات أو الحكيمة من المرضى بسبب الحديث مع الأطباء .

وبقدر ما كان فريق التمريض حريصا على أداء الخدمة في أوقات منتظمة ، فقد كان حريصا على تعليم المرضى نظم العنبر بالسلوك وليس بالكلام . فجميع أعضاء فريق التمريض يتكلمون بالهمس أو بصوت شديد الانخفاض ، خاصة ليلا وبعد إطفاء أنوار العنبر . وكانوا يحرصون على تغطية السرير بالستائر إذا أراد مريض أن يظل ساهرا للقراءة . وكان هناك حرص على التردد على المريض الذي لم يتم في موعده حتى يتم التأكد أنه قد نام بالنمل .

وقد كانت هناك بعض التصرفات التي تشعر المرضى باهتمام فريق التمريض بهم . وعلى سبيل المثال كانت الممرضة تهتم بالزهور التي تصل إلى المرضى من ذويهم ، فقد كانت الممرضة تضع الزهور في زهرية ، وتبتم بها يوميا من ذاتها . هذا بجانب عبارات اللثناء الخاصة باختيار نوعية الورود وما إلى ذلك . وكانت الممرضة حريصة على ترتيب سرير المريض كلما غادره إلى أي مكان . فبجرد أن يغادر المريض سريره ، تأتي ممرضتان ، وفي أقصر وقت يمكن تتعاونان في ترتيب السرير مرة أخرى .

ومن أهم الأمور التي كان يهتم بها أعضاء فريق التمريض هي معاملة جميع المرضى معاملة من نوع واحد . فقد كان كل مريض يشعر أنه يوجه إليه اهتمام خاص منذ اللحظة التي يدخل فيها العنبر إلى لحظة مغادرته العنبر . نملى قدر ما كان فريق التمريض حريصا على العناية بالمرضى خلال فترة العلاج ، كان هذا الاهتمام يظل إلى الوقت الذي يأمر فيه الطبيب بخروج المريض - نعمتيا يأمر الطبيب بخروج المريض كل يجد مساعدة فعالة في تجهيز حاجاته ، وتحضير الأدوية التي قد يحتاج إليها بعد خروجه من المستشفى ، والاتصال بذويه للحضور إلى المستشفى واستلامه ، أو إحضار التليفون له للاتصال بهم . وقد كانت الممرضة التي تتوقع خروج مريض من المستشفى أثناء تزيابها بإجازة تحرس على توديعه قبل قيامها بالإجازة .

وقد كان طبيب التخدير حريصا على مقابلة المريض قبل إجراء الجراحة يوم ، بحيث يقوم بشرح ماذا سيتم في اليوم التالي (يوم إجراء الجراحة) ويجب على أسئلته . وتقوم مساعدة طبيب التخدير (وهي طبيبة أيضا) بإجراء مقابلة مع المريض حيث تلقنه التعليمات التي يجب أن يتبعها لكي يتجنب مقابلة طبيب التخدير ومساعدته قبل إجراء الجراحة كان لها أثر حاسم على أطبائهم وتبديد كثير من الاوهام والتخوفات التي كانت تروادهم . ويلاحظ أن طبيب التخدير هو الفحص الوحيد الذي يقلل المريض في حجرة منيرة قبل دخوله حجرة العمليات حيث يحقنه بالمخدر . وعلى الرغم من أن مقابلة المريض

للطبيب على بابهِ حجرة الصليبات لا تستغرق أكثر من دقيقة وبمعدا لا يشعر المريض بنفسه ، إلا أن المرضى ذكروا أن المغالبة التي تمت في اليوم السابق للعملية تؤدي إلى وجود إحساس بالراحة لدى المريض عند مقابله . وما يحدث هو أن المريض ينشغل في الرد على تحية الطبيب ، ونفكر مقابلة الأمس ، وفي هذه اللحظة يكون قد تم تخديره فلا تكون هناك فرصة للاضطراب .

وقد كانت هناك بعض الكلمات والعبارات التي تصود مرضى العنبر على الاستماع إليها بصفة دائمة ، وهي تدل كلها على شدة الاهتمام بالمرضى . وعلى الرغم من أن هذه العبارات لا تدخل ضمن المتضمنات الرسمية لإدارة الوظيفة بالنسبة للممرضة . إلا أنها كانت تستخدم بكثرة في العنبر ، وكانت تستخدم مع كل مريض . وعلى سبيل المثال ، كان المريض يسبح بعد تناوله طعامه دائماً من الشخص الذي يجمع الاطباق وينظف المائدة السؤال الآتي : « هل استمتعت بهذه الوجبة ؟ » وإذا كانت الاجابة بنعم فإن الرد يكون عادة : « حسناً » . ومنذ يريد المريض وضع السكر في الشاي — على الرغم من أن السكر قد يكون شديد القرب من المريض ويكفيه تناوله بسهولة — إلا أن من يقدم له الشاي عادة ما يسأله « هل تريد سكر ؟ » . وإذا أجاب المريض بنعم فإنه يسبح السؤال الثاني : « هل يمكنك تناوله ؟ » . وهي تعني الاستعداد للمساعدة في تناول السكر .

ونظراً لأن النظام في العنبر كان يقتضي أن يتم ترتيب سرير كل مريض قبل النوم ، فإن محاولة الممرضة أو الحكيمة القائمة بالعمل ترتيبه بانضباط صورة ، ومحاولتها الاشتراك في تغطية المريض ، ثم سؤالها : « هل تشعر بالراحة ؟ » . كانت كلها تعني مزيداً من الاهتمام بالمريض . الأمر الذي يؤثر في العلاقة بين فريق التمريض ، وبين المرضى . وقد تمردت بعض الحكيمات المستولات عن العمل في العنبر في المساء لأن تخبر المريض في صباح اليوم التالي أنه قد نلم نوماً عميقاً . كذلك فإن حرمان الممرضات على ترتيبه كل الأسرة قبل نوم المرضى ، وجعلها في أحسن صورة ممكنة ، وحرصهن على وضع الوسادة في الوضع الذي يريح المريض دون محاولة لإظهار لثعبان أو اللئال كان عللاً أساسياً من عوامل توتر العلاقات الحسنة ، مع عدم ترك الفرصة للمريض أن يشعر بأنه عبء على فريق التمريض .

أما المرضى الذين يعانون من الألم ، أو هؤلاء الذين اجتازوا مرحلة خطيرة فهم عادة ما يكونون في حاجة إلى مزيد من الاهتمام والرعاية الطبية والنفسية عن غيرهم من المرضى . وقد تعود هؤلاء المرضى أن يسموا أعضاء فريق التمريض يسألونهم دائماً (عند مرورهم على السرير لإداء أي عمل السؤال التالي : « هل أنت بحالة جيدة ؟ » . أو « هل تشمر بتحسين ؟ » . وإذا كانت

الاجابة بالايجاب فان المريض يسمع دائما كلمة « حسنا » . اما المرضى الذين كانوا يعانون من الالم فقد كانوا يسمعون دائما هذه العبارة : « لا تقلق .. اين ابتسمت لك ؟ » .

كما ذكرت قبل ذلك كان العنبر هو منبر جراحة رجال . وكان فريق التبريض يتكون من اثنتان فيما عدا اثنتين من الرجال يعمل كل منهما مبرضا في العنبر . وعلى الرغم من أن الرجال قد اختلفوا ببعض أعمال التبريض ، الا أن الممرضات الاثنتان كن أكثر اتصالا — بحكم عددهن — من الذكور بالمرضى .

ونظرا لأن العنبر عادة يضم مرضى من مستويات وثقافات وأعمار متفاوتة فإن اتجاهاتهم نحو الممرضات كانت متفاوتة ايضا . وهى يمكن أن تتدرج من مستوى الاحترام الشديد للموقف وقبول الممرضة على أساس أنها تقوم بعملية خاصة ، الى مستوى المعاكسة البتذلة . (يظهر هذا بصفة خاصة في عنابر الجراحة حيث الاجراءات الطبية الخاصة ، وعندما يكون سن المرضى أقرب الى سن الشباب ، وعندما يكون المرضى من جنس يختلف عن جنس النائم بعملية التبريض) . ولكن على الرغم من أن الكلمات والتلميحات والمضامينات يمكن أن تصدر عن المرضى ، فإن المسائل الحاسمة فى استمرارها أو توقفها هو الاستجابة من جهة الممرضة . نهى يمكن أن تبسم لكلمة المديح التى تسمها وتسربها ، وهى يمكن ألا تلتفت الى كلمة غير لائقة على أساس أنها صادرة من شخص يعيش فترة معاناة ، ولكنها يمكن أن تتسبب من الموقف بصرمة أو تبضع عن التعليق حينما ترى أن الشخص قد تخطى الحدود اللائقة . اما اذا لم تكن الممرضة شديدة الحزم ، أو أبدت أية استجابة لا تتفق وأخلاقيات المهنة فإن ذلك يمكن أن يقلب العنبر رأسا على عقب . وقد يتوقع منها غير المثل . ويلاحظ أن المرضى عادة ما يكونوا شديدي الملاحظة لسلوك الممرضة أو الحكيم مع الطبيب وهم اذا لاحظوا سلوكا غير مقبول فقد يتوقعون أن تسلك معهم أيضا بنفس الطريقة .

وقد لوحظ بصفة عامة أن المرضى يميلون الى التحدث كثيرا الى الممرضة الجيدة . أو التى تتصف بأية صفة أخرى مثل أن يكون صوتهما جديلا أو تكون بمائلتها حانية .

وتسود لدى المرضى تصورات من كل واحدة فى هيئة التبريض ، ويؤثر فى ذلك وعيهم بالتدرج المهنى ، فهم يصورون مثلاً أن الممرضة يمكن أن تتبادل معهم الكلمات العاطفية ، لكنهم يستبعدون ذلك من الحكيم ، لهذا لا يحاولون اظهار أى سلوك من هذا التيل نحوها .

وقد صدرت من المرضى تعليقات وأنواع من السلوك غدل كلها على احتلال الجنس مكانة هامة في تفكيرهم أثناء فترة وجودهم في العنبر ، وتدل أيضا على حساسيتهم لكل ما هو جميل أو قبيح في الجنس الآخر الذي لا يرون منه الا الموضعات . فمقد كان البعض يختطفون الحجج لاستدعاء المبرضة والتحدث اليها ، حتى ولو كان ذلك يصل الى حد التمتع أنه يعانى من الألم . وقد كان البعض الآخر يسعد بالاجراءات الطبية التى تجربها له المبرضة : ويحاول أن يتكلم معها طوال فترة وجودها بجوار سريره . وقد تنى مريض أن يأخذ حماما بمساعدة المبرضة ، أو أن يقرر له الطبيب علاجا طبيعيا لكي تتولاه المبرضة .

ومن الواضح أن كل هذه النماذج من السلوك ترتبط بظلفيك المرضى ونمط تشلتهم ومستواهم التعليمي . وهى تعبر عن أن المريض يحاول — كما يحاول في مجالات أخرى خارج المستشفى — أن يستفيد على نحو ما من وجود الجنس الآخر في العنبر . كما يدل على أن العلاج والرغبة في الشفاء لا تكون هى الشاغل الوحيد للمرضى في فترة وجودهم في العنبر ، بل هناك اهتمامات أخرى يمكن أن تظهر في هذا المجال ، ولأن كانت تتصف بأنها مؤقتة .

وهناك ملاحظتان :

الاولى : هو أن الزى الموحد الذى ترتديه الممرضات يساعد — الى حد ما — على تقليل الفايء في مظهرهن . وعلى الرغم من أنه لا يلقى التمايز في الشكل الا أنه يقلل من فرسة المبرضة في اظهار تميزها أو ارتفاع مستواها الاقتصادي خاصة اذا كانت هناك تطيمات موحدة بملقبة بطرقة توصيل الزى ، وطريقة ارتدائه ، ونوعية اللقشة . . الخ .

والثانية : لوحظ أن اهتمام بعض المرضى بالتحدث الى الممرضات أو التحدث منهن يبدأ بعد اجراء الجراحة وليس قبلها . فالفترة قبل اجراء العملية عادة ما تكون قسيرة وقلة بسبب ما يفتاب المريض فيها من انفعالات ، أما الفترة التالية للعملية وخاصة بعد أن يلتئم الجرح فهى الفترة التى يشعر فيها المريض أنه اصبح طبيعيا ، ويسلك بطريقته المعتادة . وذلك بسبب تخلصه من التوتر . وقد كانت الفترة التى يقضيها المرضى في الملحق في هذا العنبر هى الفترة التى تظهر فيها هذه التصرفات بصورة واضحة بسببه وجود وقت فراغ لدى المرضى ، وسبب عزلةهم النسبية عن مكان ادارة العنبر الامر الذى يسمح لهم بزيد من الحرية في التصرف والمناقشة والتعبير .

العلاقة بين المرضى :

لا شك أن اقالة عدد من المرضى في العنبر يؤدي الى ظهور كثير من أنواع العلاقات بينهم . وتتوزع هذه العلاقات وتختلف في درجة قوتها حسب نوعية الأشخاص وتباينهم أو توأمتهم ، كما تختلف حسب نوعية المرضى ، وحسب الفترة الزمنية التي يقضيها المريض في المستشفى . فبعض المرضى أكثر الفة ويستطيعون اجراء اتصال مباشر بالآخرين بمجرد دخولهم العنبر . وبعضهم فضولى ، وهذا النوع أيضا يمكنه أن يتصل بالآخرين بسرعة . ولكن علاقاته تميل الى أن تأخذ اتجاها واحدا وهو سؤال الآخرين عن أحوالهم وعن أوضاعهم وظروفهم . وعادة لا يجد المرضى الذين من هذا النوع استجابة ممن يحبون أن يحتفظوا لانفسهم بسرارهم . وهناك نوع من المرضى شديد التعاون يحاول أن يساعد غيره حتى ولو كان هو في حاجة الى المساعدة ، وهذا النوع قادر على تكوين علاقات مع الآخرين أكثر من غيره . وإذا كان عامل الزمن يعد عاملا أساسيا في المساعدة على تكوين العلاقات ، إلا أنه لوحظ أن المرضى قد يحاولون اقالة علاقات مع المريض الجديد بأكثر سرعة ينفعهم الى ذلك لحساسهم بأنه قريب على هذا الوسط ويجب تعريته بما سبق لهم أن عرفوه ، وينفعهم أيضا الى ذلك احساسهم بأنهم قد اجتازوا خبرة يجب أن ينقلوها الى المريض الجديد . وهم يشعرون في ذلك أنهم يشغلون مكانة غير رسمية في العنبر . وهذه تسمح لهم بأن يخبروا المريض الجديد ببعض أسرار العنبر ، وينوعية الشخصيات المسالمة فيه ومدى تعاونها ، وبالجوانب السلبية والإيجابية فيه . وعليهم أن المرضى لا يستطيع أن يعرف ذلك إلا أنهم وذلك بسبب الطبيعة الرسمية التي يفرضها الدور على هيئة التمريض .

كذلك لوحظ أن بعض المرضى — سواء بسبب طبيعة شخصيتهم ، أو بسبب ظروف مرضهم — لا يحبون اقالة علاقات مع مرضى آخرين مما طالبت فترة اقامتهم في العنبر .

وبصفة عامة تنشأ أنماط من التعلق بين من ينضمون الى خلفية اجتماعية واحدة ، أو بين من تتشابه أوضاعهم أو تتشابه العمليات التي تجرى لهم . وينشأ شعور مشترك أيضا بين من تجرى لهم الجراحة في يوم واحد ، وذلك بسبب الاحساس المشترك بواجهة موقف شديد الوطأة على النفس ، وبسبب ارتباطهم ببعض في أوقات كثيرة مثل أوقات اخذ المينفات للتحليل ، أو كشفا الأشعة . كما أنهم غالبا ما يخضعون لنظام موحد في التغذية قبل العملية ، ويسمعون تعليمات مشتركة . ولكن لوحظ أيضا أن التواصل الوجداني والتعامل الاجتماعي ، والتعامل الشخصي يكاد ينقطع في يوم اجراء

الجراحة نفسه ، نكل منهم يميل إلى أن يفكر في نفسه ، وفيما سيحدث له . ويحاول كل منهم أن يندقق النظر في غيره وهو ذاهب إلى حجرة العمليات . بل وتظهر بعض المشاعر الفردية عند كل منهم فقد يفكر أحدهم أنه كان يود لو أنه كان أول من أجريت لهم الجراحة بدل أن ينتظر الساعات الطوال ويتمنّب عندما يرى غيره مقاداً إلى حجرة العمليات.

ويميل المرضى أيضا إلى اقابلة علاقات مع من يعتلى من الاحساس بالغربة ، كما أنهم يكونون أكثر تعاطفا مع صغار السن . خاصة إذا ضم العنبر في نفس الوقت عددا كبيرا من البالغين ، وعددا صغيرا من الاطفال أو صغار السن الذين تجرى لهم نفس الجراحات .

ويتدخل نظم العنبر ، وروتين العمل اليومي فيه في تحديد علاقات المرضى ببعضهم بحيث يسمح بها في وقت معين ، وينمها في وقت آخر حتى ولو أراد المرضى تحقيق أى قدر من الاتصال بينهم . وأوقات توزيع العلاج ، وحرور الأطباء لفحص المرضى ، وأوقات الزيارات والوقت القصير قبيل الزيارة كلها أوقات لا يمكن للمرضى أن يتصلوا ببعضهم فيها . وفى العنبر الاساسي يعتبر وقت تناول الغذاء وقتا لا يتم فيه اتصال بين المرضى نظرا لأن كلا منهم يتناول طعامه على سريره منفردا ، أما في الملحق فإن المرضى يجلسون حول الموائد الصغيرة ، ويتناولون طعامهم . وفى هذه الحالة يتكلمون إن يجاذبوا أطراف الحديث .

وتدور احاديث المرضى حول موضوعات شتى . حول الجراحات التي تجرى في العنبر وحول نوعية الغذاء الذي تقدمه المستشفى ، وحول المرضى الذين يهابون اجراء الجراحة ، وحول المرضى الجسد أو الذين غادروا المستشفى ، وحول مهارة الأطباء ، وحول الممرضات ، فهم يعلقون على من تؤدي واجبتها بهمة ونشاط ، ومن تتعالى على المرضى ، أو الفخورة بنفسها ، وعلى الرغم من أن انتصاهات المرضى قد تختلف نحو شخص أو آخر من امضاء فريق المستشفى الا إنه عادة ما يكون هناك اتفاق ملم على المسافات الاساسية المبينة لكل شخصية . ونظرا لأن المرضى يدركون أن آراءهم واحكامهم لن تغير شيئا فانهم يكتفون بأن يكون هدفها هو الاستهلاك الحظي أو التسلية وقضاء الوقت .

وهناك أوقات تتأثر فيها العلاقات وتنوات التفاعل بين المرضى وينعكس هذا على مشاعرهم . فالمرضى الذي يلاحظ الورد التي تصل إلى غيره من أصدقائه وفويه قد يتأثر بسبب عدم وجود من يرسل إليه وردا مماثلا . ويؤدي صدور القرار بفروح مريض من المستشفى إلى مشاعر متباينة لدى غيره من

مرضى العنبر ، فقد يشعر مريض بأسى أثناء وداع صديق رافقه في فترة عصيبة من حياته ، وقد يشعر آخر بالحزن لأنه لم يعان بعد ولم يصدر قرار الارجاع منه . كذلك يشعر منظر المريض بعد خروجه من حجرة العمليات ووصوله الى العنبر مشاعر متباينة في نفوس زملائه ، فهم يدققون النظر فيه ، ويحاولون ان يستمعوا الى هلوساته ، والى طريقة ابتناظه ثم يفحص كل منهم في تفكير مبهق حول ما سيحدث له بعد فترة من الوقت (١) . وكل هذه صور للاتصال الشخصي والروحي والوجداني بين احوالى العنبر .

اما العلاقات التي يمكن ان تنشأ بين المرضى خارج حدود العنبر فهي قليلة . فقد ثبت ان كثيرا من المرضى لا يودون استقرار علاقاتهم مع مرضى آخرين بعد خروجهم من المستشفى . وقد شعر البعض بالضييق من طلبوا منهم ارتسام تليفوناتهم ، وشعروا انه يمكن ان يكون ذلك بمثابة رزالة من الشخص الذي يطلب رقم التليفون . وقد يجد بعض المرضى ان فترة الوجود في المستشفى كانت فرصة للتعرف على شخصياتهم يمكن ان تقدم له خدمة في المستقبل ، ولهذا عادة ما تكون الرغبة في اقامة هذه العلاقات من طرف واحد تهدف الى تحقيق مصلحة شخصية . وربما ترجع عدم رغبة الشخص في اقامة علاقات بعد خروجه من المستشفى انه يعتبر فترة وجوده بالمستشفى خبرة خاصة ليست سميذة ، ولهذا لا يود ان تمتد الارتباطات المتصلة بها أو ان يكون لها ذكرى في حياته العملية نيبا بعد .

آراء وتعليقات :

لاحظنا من المناقشة السابقة انه اذا كان أداء الواجب يعتبر مطلبا أساسيا في انجاز أية مهنة فان أداء العمل الطبي لا يمكن أن يحقق أغراضه اذا اقتصر على أداء الواجب . فنجاح العمل الطبي يحتاج الى بذل أقصى الجهود ، وان تقدم الخدمة بطريقة انسانية . وهناك فرق بين أن يشعر القائمون بأداء الخدمة الطبية أنهم أصحاب العنبر ، وبين أن يشعروا أنهم في خدمة

(١) على الرغم من أن فريق للتريض كان حريصا في هذه المستشفى على جذب الستار التي تمزل المريض الاتي من حجرة العمليات عن غيره من المرضى في العنبر ، إلا أن المرضى كانوا شديدي الملاحظة حتى لتحركات الستارة التي تعني أن عملا مهيئا يجري داخلها . كما كانوا شديدي التمسك لكل ما يصدر من أصوات ، ومن الطبيعي أن الستار لا يمكن أن تمنع هضم الأصوات .

المرضى . فكثير من أنواع السلوك المتفاوت الذى يصدر عن أعضاء فريق التمريض يمكن أن يرد الى وجود مفاهيم ومشاعر متباينة لدى من يقدمون هذه الخدمة للمريض . وسوف يتضح ذلك من مناقشة المواقف والآراء والتسلط الاليتية :

١ - هناك سؤال دائماً فى هذا المجال وهو : « هل نحن نتحدث الى المريض أم نتحدث عن المريض ؟ » ويفرض هذا السؤال الحقيقة التى مؤداها أن بعض القائمين بعلاج المريض أحياناً يتحدثون عنه وعن حالته دون أن يتحدثوا اليه ، فى الوقت الذى يحتاج فيه المريض أن يعرف شيئاً عن حالته ، ويحتاج أن يجيب الناس على استفساراته لكى يشعر بالاهتمام . إن أحاديث الأطباء ومناقشاتهم الطويلة عن المريض وهو جالس أمامهم لا يفهم شيئاً يشير قلعه ، يزيد من حيرته خاصة إذا كانت المناقشة بين الفريق الطبي يتم بلغة لا يفهمها المريض . أتناهى حاجة الى أن نعطي قدراً - ولو ضئيلاً - من الوقت لصاحب المشكلة . وعلى الرغم من أن الجميع يدركون ضيق وقت من يقدمون للخدمة الطبية ، وعلى الرغم من أن بعض المرضى لا تنتهى استئذانهم التى تعبر من قلوبهم وشكهم وهم فى هذه الظروف لا يقتنعون بالإجابات المبسطة والمختصرة ، إلا أن قدراً من الاهتمام بالمريض يعتبر أمراً هاماً فى أداء هذا العمل .

والمعالج الناجح هو الذى يجيب على أسئلة المريض بإجابات صادقة وترضية فى نفس الوقت . ولنعرف أن المريض الذى يسأل عن مدى تدهور حالته الصحية يريد أن يسمع الإجابة التى تنفى له ما يفكر فيه وتؤكد له تحسن حالته . والمريض الذى يحاول الاعتراض عما سببه لتريق التمريض من مناهب نتيجة سوء حالته الصحية أو نتيجة قبوله اللا ارادى دواء ، أن يجد وجهاً بشوشاً يؤكد له أن هنا لم يثر الاشتراك وإن ما قابوا به من أجله هو واجبهم وهو معلم للويس مع كل المرضى وأنهم يؤمنونهم عن طيب خاطر .

ولذا استطاع من يتولون علاج المريض تكوين فكرة عن حالته الصحية وظروفه الاجتماعية قبل مقابلته بحيث يصبح اللقاء معه عبارة عن مقابلة ودية وموجهة فإن ذلك يمكن أن يضمن إيجابية المريض ويمكن أن يحقق لها أفضل لظروفه ومشكلاته . ويمكن أن يحدث هذا على وجه الخصوص مع المرضى الذين يدخلون المستشفيات لإجراء الجراحات ، أو للعلاج لفترات طويلة .

٢ - الاحساس بالحرج (الخجل) شعور يلزم المريض دائماً . فهو عادة ما يشعر أنه ضيف لئيل على هيئة المستشفى . ويزداد الاحساس بالحرج

والخجل في أوقات الفحص الطبي أو الفيسار وما إلى ذلك ، خاصة إذا كان المريض يتصل بأعضاء الجسم التي يفترض أنها مغطاة في الوضع العادي . وعلى الرغم من أن بعض الناس قد يفقدون الإحساس بالخجل في بعض المواقف ، إلا أنه يندر أن نجد من يفقد هذا الإحساس كلية في الموقف العلاجي . وهذا يحتاج إلى حرص شديد من جانب القائمين بعملية العلاج أو بالتريض لتجنب المتاعب النفسية التي يمكن أن يعاني منها المريض .

والواقع أن الحرص على تقليل خجل المريض بقدر ما يمكن أمر حيوى ل أداء الخدمة الطبية وعامل مؤثر في الشخص الذي يستقبل هذه الخدمة . فالحرص على تغطية المريض حينما لا يكون من الضروري كشفه أمراً ضروريا . وحتى في حالات الأثمة وجدنا أن في بعض المستشفيات يلبس المريض جلبابا أبيض أثناء أخذ صورة الأثمة . وقد لوحظ أن المرضى كانوا يلاحظون مدى حرص الممرضة على تغطية المريض وهو غير واعي (بعد خروجه من حجرة العمليات) ومن الطبيعى أنهم يتخيلون أنفسهم في نفس الموقف . لذا لاحظوا الأهمال أو عدم العناية بالمريض فإن ذلك سيؤثر عليهم عندما يأتى دورهم .

وهناك بعض الاجراءات التي يؤدي مراعاتها الى التقليل من تحرج المرضى أو إثارة خوبهم . يمكن الحيلولة دون أن يرى المريض الحقنة التي سيحقن بها (خاصة إذا كانت « الابرة » من الحجم الكبير مثل الابرة المستخدمة في حالات إعطاء البنج النصفى) . كذلك كانت توضع للحقنة الفرجية والشرج والخرطوم المرتبط بها عند استخدامها في هذا الغنبر في أكياس من الورق ، وحتى الورق الذي يستخدمه المريض للبلعق كان يوضع أيضا في أكياس ورقية بحيث يصعب على المرضى التعرف على نوعية العمل الطبي الذي ستمثله الممرضة مع المريض ، إذ أن ذلك يمكن أن يثير شفقة بقية المرضى ، وقد يثير استهزاءهم أو تنفرهم .

٣ - أن الأدوات والملابس والأشياء القليلة التي يأتى بها المريض الى المستشفى هي كل ممتلكاته ، وهو يحرص عليها وعلى ترتيبها ، ويود من الآخرين أن يهتموا بها ، فهي كل شيء بالنسبة له في عالمه الصغير . ولهذا يستشعر أن أهملها هو أهمل له ، والمبت بها هو عبث بممتلكاته .

ثقافة العنبر : نمط الفكاهة

نشأت بين المرضى المقيمين في العنبر في هذه الفترة إشكال من الفكاهة ترتبط بالظواهر السائدة في العنبر ، وترتبط أيضا بطروف وملابسات المرض وبنوعيته . ولا يعنى هذا أن المرضى كانوا يشاركون جميعا في إطلاق النكات أو في الاستمتاع بسماعها ، ولكن كان يوجد عدد قليل من الأشخاص هم أصحاب النكتة وقادة التعليقات على المرضى والأطباء وفريق التمريض ، وكان بنية المرضى يتوزمون بين مشاركه ومستمع ومطلق .

ويلاحظ أن معظم ما ساد في هذه الفترة من فكاهة نشأ وتداوله المرضى في ملحق العنبر ، والحجرة صغيرة ، وعدد المرضى أقل ، وهذا يسمح بوجود قدر من العلاقات الأولية ، بجانب أن قرب الأسرة من بعضها ساعد على حدوث تعامل أكثر كثافة بين المرضى . بجانب أن معظم المرضى في هذا المكان هم من يقضون فترة النقاهة بعد التلثم الجروح تهيئدا لخروجهم من المستشفى ، ولم يكن معظمهم يشعر بأية آلام تجعله غير قادر على التفاعل مع الآخرين . بجانب عامل البعد عن الإدارة الذى سيق أن نذكره ، أضف الى ذلك أن الفترة الزمنية التى عادة ما يقضيها المريض في المستشفى — وهى لا تقل عن عشرة أيام — تساعد على توطد العلاقة بين المرضى ووصولها الى مستوى أولى يسمح بتبادل النكات حتى المتعلقة بأخص الأمور وأكثرها حساسية .

كما ذكرت قبل ذلك كانت الفكاهة المتبادلة في العنبر لامية من الظروف الواحدة التى يعيشها المرضى ، ومربطة بالاجراءات الطبية . فقد كان معظم المرضى الذين أجريت لهم جراحات في الجزء الأسفل من الجسم ، وخضعة المؤخرة يسرون بعد إجراء الجراحة بالتحفاة واضعين أيديهم على ظهورهم ، وكان هذا يثير ضحكك وتعليقات غيرهم من تخطوا هذه المرحلة . والبعض كان يحاول تقليدهم .

ونظرا لأن الممرضة كانت توجه سؤالا متكررا لكل مريض في كل صباح ، وهو يتعلق بما اذا كان تبرز في الصباح أم لا ؟ فقد كانت أجابة المريض تثير ضحك الآخرين . وفي الحالات التى كان يعانى منها المرضى من إمساك بعدد العملية كان المرضى يصفقون ويعلنون الانتصار اذا قرر المريض أنه تبرز بنجاح .

وقد كان المستشفى يصرف لكل مريض يعانى من متاعب في الشرج حلتة من المطاط يجلس عليها ، وكانت هذه الحلقة سببا في اثارة التعليقات ، وكانوا يخطفونها من بعض ، ويحاولون تفريغ الهواء منها اثناء نوم المريض .

اما الحقن الشرجية التي كانت تعطى للمرضى قبل العملية فقد كانت أيضا مادة غنية للتعليقات ، فالمرضى كانوا يهددون أى مريض مشاغب بالتزام الصمت والا تعرض لحقنة شرجية . وكانوا يشجعون من يعانون من الإمساك قائلين « اذهب للكابينيه والا الحقنة موجودة » . ويصفه عامة كانوا يسمون الحقنة الشرجية « القنبلة » bomb .

وكان كل مريض ينادى الاخر ليس باسمه انما باسم العملية الجراحية التي أجريت له ، لهذا كان في العنبر الاستاذ بواليس ، والاستاذ ناصور ، والاستاذ فلق ، وعم قولون .

ونظرا لان الأطباء قد طلبوا من بعض المرضى الابتعاد عن المباشرة الجنسية فترة معينة بعد اجراء الجراحة ، فان المرضى كانوا يستدعون أحباتهم المرضة ويتظاهرون بأنهم يسألونها بجنية ، ويلقون عليها السؤال بطريقة مستترة قائلين : « متى نبدأ في ... » ثم ينفجرون في الضحك .

الزيارة :

كانت الزيارة ظاهرة عامة وإساسية في حياة من يقيمون في العنبر ومن يعملون فيه على السواء . لكل فريق من الفريقين كان شديد الاهتمام بالزيارة خاصة وان نظام المستشفى كان يسمح للأهالي بزيارة مرضاهم مرتين في اليوم الواحد . من الساعة الحادية عشرة الى الثانية عشرة صباحا ، ومن الساعة السادسة الى السابعة بعد الظهر . وعلى ذلك كان فريق التمريض ينشغل بأعداد العنبر لاستقبال الزوار مرتين يوميا . وكان هذا يتضمن مساعدة المرضى على أن يبدوا في أفضل مظهر يليق باستقبال أقاربهم ، ويتضمن تنظيف العنبر وتنظيمه لكي يبدو في أبهى صورة . ثم اعادة الجو الطبيعي للعنبر بعد انتهائه الزيارة . وقد لوحظ ان المرضى كانوا ينمطلون في تجهيز أنفسهم فيقطعون الاتصال بينهم بهذا للاتصال بغيرهم . فقد كان كل مريض يقضى فترة من الوقت قبل الزيارة منفردا مع نفسه استعدادا للاتصال بالعالم الخارجى (بالزوار) الذى كان جزءا منه قبل أن يضطره المرض الى قبول الإقامة في العنبر والانفصال عن هذا العالم .

وبقدر ما كانت الزيارة — والاستعداد لها — تلقى إعجاباً على فريق التمريض بالعنبر ، بقدر ما كان كل منهم يحاول أن يفعل كل ما يمكنه لأعداد العنبر لقبول الغرباء الذين يمكن أن يعلقوا على كل ما يلتفت أنظارهم داخل العنبر . والملاحظ المثلق كان يمكن أن يرى الحركة وهى فى العنبر تزداد كلما اقترب موعد الزيارة ، فاعضاء فريق التمريض يعملون على مساعدة المرضى فى حلاقة ذقونهم ، أو غسيل وجوههم ، أو تغيير ملابسهم . وبمصفة عالية فهم يحاولون مساعدة كل مريض لا يمكنه الاستعداد لاستقبال زواره بفرده . وقد لوحظ أن ما يقوم به فريق التمريض تجاه المرضى بهمة ونشاط كان يؤدي الى نوع من التوحد فى المشاعر بين المرضى وفريق التمريض ، فقد كانوا يشعرون أنهم يستعدون جميعاً للانتقاء بالمجتمع الخارجى الذى سيفوزوا العنبر . أنه شعور يماثل الشعور الذى ينشأ بين أفراد الأسرة من الاهبة حينما يتعاونون فى ترتيب منزلهم لاستقبال زوار على درجة كبيرة من الاهمية . وقد كانت الممرضة تنادى دائماً بصوت عال على جميع المرضى قبل فتح الباب للزيارة قائلا : « هل كل واحد مستعد لاستقبال الزوار ؟ » .

والزيارة تقوم بوظيفة هامة بالنسبة للمريض ، وهى تتضمن معان كثيرة أيضاً ، مثل الصداقة ، والمشاركة فى الألم ، وما الى ذلك . وقد اتضح أن السماح بالزيارات المتكررة لمرضى نزول الحواجز بين أهل المريض وبين المستشفى ، فلا يتطرق اليهم — أو الى المرضى — الاحساس بأن المستشفى عبارة عن سجن . بل مكان للاستشفاء . وقد كان أهالى المرضى يشعرون بزيادة الالفة عندما يأتون كل يوم لزيارة مريضهم . ويتوقع أن يؤثر ذلك فى اتجاهات من هم خارج المستشفى بحيث يتأكدون أن المستشفى ليست مكاناً للمزلة القاسية كما يتصور البعض .

كما أن الزيارة قد تسهم فى إيجاد علاقة — ولو قصيرة — بين أهل المريض وبين المستشفى تبعث على اطمئنانهم . خاصة اذا حرصت المستشفى على ذلك . وقد كان أهالى المرضى يأتون الى هذا العنبر وفى أذهانهم الكثير من الأسئلة التى لا يمكن لمريض أن يجيب عليها . خاصة فى حالة المرضى صغار السن ، أو غير القادرين على الاستفسار عن حالتهم بدقة . وعلى الرغم من أن وقت الزيارة كان وقتاً مناسباً لفريق التمريض لكى يأخذ قسطاً من الراحة ، أو أن ينشغل فى أعماله أخرى ، الا أنه كان يتواجد فى العنبر دائماً عدد من الممرضات لمقابلة الزوار والاجابة على استفساراتهم . واذا كانت الإجابة على الأسئلة أمراً ضرورياً ، فإن وجودهن فى العنبر أثناء الزيارة كان كافياً لان يعلن عن اهتمامهم بالمرضى ولو بطريقة غير مباشرة . فطريقة معاملة الزوار كانت تعطى للزوار نوعاً لطريقة معاملة المرضى . وقد كان المرضى يتكلمون الى أعضاء فريق التمريض أثناء الزيارة بطريقة غير رسمية .

وبصفة عامة فإن وقت الزيارة كان يعتبر تغييراً في جو العنبر وفي روتينه اليومي . وقد كان يحقّ تقدراً من المساعدة النفسية لكل مريض . وقد كان من السهل على من يلاحظ المرضى وهم يطلعون الى باب العنبر بمجرد فتحه لكي تقع عين كل منهم على زواره أن يدرى مدى الرغبة التي تكون لدى المريض لرؤية نوبه منذ أول لحظة لدخولهم العنبر .

وأخيراً ، إذا كنت قد حاولت في هذه الدراسة أن أقدم وصفاً للتنظيم والعلاقات والظواهر السائدة في هذا العنبر ، فإني أتمنى أن يكون له فائدة عملية تتخطى مجرد الأهداف النظرية التي تتعلق بكتابة المقال ، وهذا هو السبب في أنني حاولت أن أضيف إلى الوصف بعض التعليقات والآراء التي يمكن أن يفيد منها من لهم اهتمام بالصحة والمرض ، وتنظيم المستشفيات ، ومن يقومون على رعاية المرضى ، ويحرصون على راحة الإنسان في فترة عصيبة يحتاج إليها إلى العمل الجاد والأمين والإنساني أيضاً . وإذا كنت اعترض أن هذا المقال قصير جداً بحيث أنه لم يتطرق إلى مناقشة أبعاد وجوانب أن أجمع بين النظرية العلمية التطبيقية وبين الاهتمام بالحلول والتطبيقات كان لابد من مناقشتها ، فإني مقتنع بأن المشكلات التي أثرت باختصار يمكن أن تكون نواة لمناقشات تؤدي إلى حلول عملية تتعلق بتحسين خدمة المريض . وسوف أحاول أن أقدم للمهتمين بهذه الموضوعات عملاً عملياً ، سأجتهد فيه أن أجمع فيه بين النظرية العلمية التطبيقية وبين الاهتمام بالحلول والتطبيقات العملية المؤسسة على رؤية صادقة لواقعنا المجتمعي في القطاع الصحي ، وأتمنى أن يكون هذا العمل أوسع نطاقاً ، وأكثر شمولاً من هذه البساية البسيطة وأن يمتد إلى عمل أكثر اكتظاظاً في المستقبل .

المراجع العربية

- د. إبراهيم عبد الرحمن وجب وآخرون
أساسيات تنظيم المجتمع ، سلسلة قراءات في تنظيم المجتمع ، الكتاب
الأول ، دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة ، سنة ١٩٨٣ .
- د. أحمد أبو زيد
البناء الاجتماعي ، الجزء الأول « المفاهيم » ، الدار القومية للطباعة
والنشر ، القاهرة ، سنة ١٩٦٥ .
- د. أحمد الخشاب
التفكير الاجتماعي ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٧٠ .
- أحمد السيفوري
أصول خدمة الفرد ، المطبعة العالمية ، القاهرة سنة ١٩٦٢ .
- أحمد أمين
تأريخ العادات والتقاليد والتعليم المصرية ، القاهرة ، سنة ١٩٥٣ .
- د. أحمد فوزي راجح
أصول علم النفس ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٨٥ .
- أحمد مصطفى خاطر
الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية سنة ١٩٨٤ .
- د. أحمد عيسى
آلات الطب والجراحة والكحالة عند العرب ، مطبعة بعمر ، سنة
١٩٣٠ .
- ادوين سزولاند و دونالد كريسي
ببديء علم الاجرام ، ترجمة ومراجعة اللواء محمود السباعي والكتور
حسن صادق المرصاوي ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة سنة ١٩٦٨ .
- اقبال محمد بشير و سلوى عثمان
الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي . المكتب الجامعي
الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٦ .
- انيس عبد الملك
خدمة الجماعة وبورها في المجتمع المعاصر . مكتبة الانجلو المصرية ،
سنة ١٩٧٤ .
- د. ثروت اسحق
دور الخدمة الاجتماعية في المجتمع ، دراسة للنشأة والطرق والتطبيقات ،
دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ .
- جاك لوب
العالم الثالث وتحديات البقاء ، ترجمة أحمد غواد بليج ، عالم للمصرنة ،
الكويت .

- جليفورد ج. ب. :
مبادئ علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الثاني : المبادئ التطبيقية :
أشراف الدكتور يوسف مراد ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة السادسة
سنة ١٩٨٢ .
- جليفورد ج. ب. :
مبادئ علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الاول : المبادئ النظرية ،
أشراف الدكتور يوسف مراد ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة السادسة
سنة ١٩٨٤ .
- جوليان روتر :
علم النفس الاكلينيكي ، ترجمة الدكتور عطية محمود هنا ، مكتبة اصول
علم النفس الحديث ، دار الشروق ، بيروت ، الطبعة الثنائية سنة ١٩٨٤ .
- حسن محمد كاشف :
العوامل الشخصية المرتبطة بالاستهداف للحوادث في الصناعة ، رسالة
ماجستير ، كلية الآداب جامعة عين شمس ، سنة ١٩٨٢ .
- حسين عبد الواحد رشوان :
دور التغيرات الاجتماعية في الطب والادراض . حواصة في علم الاجتماع
الطبي ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٣ .
- القوادى نعمت الجوهري :
جنة الصحراء . سهوة او ولعة آمنون ، الدار القومية للطباعة والنشر ،
الطبعة الاولى
- د. زينب حسين ابو الملا :
اش ممارسة الخدمة الاجتماعية في تقبل المصاب بالقبتر لذاته ، رسالة
دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية — جامعة حلوان ، سنة ١٩٧٩ .
- دكتور سعد جلال :
الرجوع في علم النفس ، مكتبة دار المعارف الحديثة ودار الفكر العربى .
الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ .
- سعيد محمد الحفار :
البيولوجيا وعصر الانسان ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ،
الكويت ، نوفمبر سنة ١٩٨٤ .
- د. عادل النمر داتش :
الادمان . مظاهره وعلاجه ، عالم المعرفة (٥٦) ، الكويت ، اغسطس
سنة ١٩٨٢ .
- د. علقل محمد اتنى :
تطوير الخدمات . تجرية ميدانية بمستشفى النيل قبلى ، رسالة
دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية — جامعة حلوان ، سنة ١٩٨٤ .

- د. عاطف غيث
قابوس علم الاجتماع ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، سنة ١٩٧٩ .
- د. عاطف وصفي
الانثروبولوجيا الثقافية ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٧٥ .
- د. عاطف وصفي
الثقافة والشخصية ، الشخصية المصرية التقليدية ومحدداتها الثقافية ،
دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٨٠ .
- عبد الجبار الراوى
البلادية ، الطبعة الثالثة ، بدون ناشر ، سنة ١٩٧٣ .
- د. عبد الفتاح عثمان
خدمة الفرد في المجالات النوعية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ،
سنة ١٩٨٥ .
- عبد الله عبد الحى موسى
المدخل الى علم النفس ، مكتبة الخاتنى بالقاهرة ودار الرفاعى بالرياض ،
الطبعة الثالثة ، سنة ١٩٨٢ .
- فاطمة مصطفى الحارونى
خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية ، الجزء الثانى ، مطبعة
السعادة ، القاهرة ، الطبعة السادسة سنة ١٩٧٥ .
- فرج عبد القادر
العلاقة بين الاسباب في الصناعة والصفحة النفسية للذكاء ، رسالة
لمجستير ، كلية الآداب — جامعة عين شمس ، سنة ١٩٦٥ .
- د. فرج عبد القادر
علم النفس وقضايا العصر ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة الثالثة
سنة ١٩٨٢ .
- مجموعة سيناء الاستشارية
ندوة تدريس العلوم الاجتماعية في كليات الطب ، الاسماعيلية ، سنة
١٩٨٤ .
- د. محمد الجوهري
الانثروبولوجيا . أسس نظرية وتطبيقات عملية ، الطبعة الاولى ،
القاهرة ، سنة ١٩٨٠ .
- د. محمد الجوهري
للكتاب السنوى لملم الاجتماع ، العدد الاول ، سنة ١٩٨٠ .
- د. محمد سميد فرح
البناء الاجتماعي والشخصية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ،
الاسكندرية ، سنة ١٩٨٠ .

- محمد سيد فهمى ، السيد رمضان
الثلاث الخامسة من منظور الخدمة الاجتماعية (المجرمين — الموقوفين) ،
الكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٤ .
- د. محمد شمس الدين احمد
الميل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، سنة ١٩٧٦ .
- د. محمد صادق صبور وزمالؤه
الطب مريضاً ، مكتبة النيل للطبع والنشر ، القاهرة ، سنة ١٩٨٣ .
- د. محمود عارف
تلكوت بارسونز . رائد الوظيفة المعاصرة من علم الاجتماع ، مكتبة
الانجلو المصرية ، القاهرة ، سنة ١٩٨٢ .
- د. محمد عبد المتعم نور
الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مكتبة القاهرة الحديثة ، القاهرة ،
سنة ١٩٧١ .
- د. محمد عبده محبوب
الانثروبولوجيا ومشكلات التحضر ، الكتاب الثانى : مشكلات التحضر في
المجتمع المصرى ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، الاسكندرية ، سنة
١٩٨١ .
- د. محمد على وآخرون
دواست في علم الاجتماع الطبى . دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ،
سنة ١٩٨٤ .
- د. مصطفى سويف
بقية في علم النفس الاجتماعي ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، سنة
١٩٨٢ .
- د. مصطفى سويف
دروس مستفادة من بحوث تعاملات المخدرات في مصر ، الكتاب السنوى
لعلم الاجتماع ، لشراف الدكتور محمد الجوهري ، المعداد السادس ، دار
المعارف ، القاهرة ، ابريل سنة ١٩٨٤ .
- معجم العلوم الاجتماعية
اعداد نخبة من الاساتذة المصريين والعرب المتخصصين ، تصدير
ومراجعة الدكتور ابراهيم مذكور ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ،
القاهرة ، سنة ١٩٧٥ .
- د. نبيل صبحى حنسا
الانثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر ، الكتاب
السنوى لعلم الاجتماع ، لشراف الدكتور محمد الجوهري ، المعداد
الثالث ، دار المعارف ، القاهرة ، سنة ١٩٨٢ .

— د. نبيل صبحي حنسا —

انثروبولوجيا جسم الانسان . مع دراسة تفصيلية للروائع وتأثيرها على
التفاعل الاجتماعي ، الكتاب السنوي لعلم الاجتماع ، اشراف الدكتور
محمد الجوهري ، العدد الرابع ، القاهرة ، أكتوبر سنة ١٩٨٤ .

— د. نبيل صبحي حنسا —

المجتمعات الصحراوية في الوطن العربي ، دار المعارف ، القاهرة ،
سنة ١٩٨٤ .

— د. نبيل صبحي حنسا —

الانثروبولوجيا الاجتماعية . دراسة الجامعات والمجتمعات محدودة
النطاق ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٥ .

— د. نجيب محفوظ —

حياة طبيب ، دار المعارف ، القاهرة ، الطبعة الثانية ، سنة ١٩٦٦ .

— أينان سيهون —

الناس والطب في الشرق الاوسط ، ترجمة الدكتور سميد عبده ، المكتب
الاقليمي للصحة العامة في شرق البحر الابيض المتوسط ، الاسكندرية ،
سنة ١٩٦٨ .

— يحيى حسن درويش —

الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيل الاجتماعي للمعوقين ، المكتب
الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، سنة ١٩٨٢ .

المراجع الأجنبية

- **Anwar Alwi,**
Text Book of Pathology, Fifth Edition, El-Nasr Modern Book-shop, Cairo, 1970.
- **Beals R.L. & Holjer H.,**
An Introduction to Anthropology, The Macmillan Company, New York, Third Edition, 1965.
- **Carlton E. Munson,**
Social Work with Families, Theory and Practice, The Free Press, New York, 1980.
- **Cumper G.E.,**
Determinants of Health Levels in Developing Countries, (R. S.P). John Wiley & Sons Inc., New York, 1984.
- **David Armstrong,**
The Way we Teach Medical Sociology, in Handbook of Sociology Teachers, by Roger Gomm and Patrick Neill, Heinemann, London, 1982.
- **David Bindey,**
Theoretical Anthropology, Columbia University Press, New York, 1953.
- **David Blane,**
Inequality and Social Class, in Sociology as Applied Medicine, Op. Cit.
- **David Davis,**
A Dictionary of Anthropology, Fredrick Muller Ltd., London, 1972.
- **David Landy,**
Disease and Healing : Studies in Medical Anthropology, Macmillan, New York, 1977.
- **David Shakew,**
Clinical Psychology, in Encyclopedia of Social Sciences, 1968.
- **David Tuckett,**
An Introduction to medical Sociology, Tavistock Publications, London, 1978.

- Desmond Curran and Others,
Psychological Medicine : An Introduction to Psychiatry, Long-
mann Group Limited, New York, Ninth Edition, 1980.
- Donald A. Bakal,
Psychology and Medicine : Psychological Dimensions of Health
and Sickness, Springer Publishing Company, Inc., New York,
1979.
- Donald A. Kenedy,
Anthropologists in medical Education, Medical Anthropology,
Vol. 3., No. 3., 1979.
- Donald L. Paric and Graham Scambler,
Sociology as Applied to medicine, Bailliere Tindall, London,
1982.
- Doyle Gentry,
What is Behavioral Medicine, in Social Psychology and Be-
havioral Medicine, ed. by Richard Eiser, John Wiley & Sons
Ltd., 1982.
- David Medanic,
Readings in Medical Sociology, The Free Press New York.
- Duncan Michell,
A Dictionary of Sociology, Routledge & Kegan Paul, 1975.
- Dr. El-Hadi El-Nagar & Dr. Baasher,
Psycho-medical Aspects of Nomadism in the Sudan, in Some
Aspects of the Pastoral Nomadism in the Sudan, Khartoum,
1976.
- Elmer L. Stunneing and Marica Guttentag,
Handbook of Evaluation Research, Vol. 1, SAGE Publications,
London, 1975.
- Emily Mumford,
Medical Sociology : Patients, Providers and Policies, Random
House, New York, 1983.
- Ernest Hilgard and Richard Atkison,
Introduction to Psychology, Harcourt, Brace and World Inc.,
Fourth Edition, 1967.
- Foster G.M. and Anderson B.G.,
Medical Anthropology, John Wiley & Sons, U.S.A., 1978.

- Francis E. Merrill,
Society and Culture. Printice-Hall Inc., 1960.
- Freeman and others,
Handbook of medical Sociology, Prentice-Hall, Inc. New
Jercy, 1979.
- Harvey Brenner, and others,
Assissing the contributions of Social Sciences to Health, A-
marikan Association for the advancement of Science, Wa-
shington, 1980.
- Helen Nowlis,
Drugs Demystified, The Unesco Press, Paris, 1975.
- Howard Jones N. & Bankowskiz.,
Medical Experimentation and the Protection of Human Rights,
Council For International Organizations of Medical Sciences,
Geneva, 1979.
- International Encyclopedia of Social Sciences, The Macmilan
Company and the Free Press, New York, 1968.
- Irving K. Zola,
Culture and Symptoms : An Analysis of the Patients' Pre-
sented Complaints., in Problems of the Modern Society. Op.
Cit.
- John Beattie,
Other Cultures, Routledge and Kegan Paul, Ltd., London,
1964.
- John Denton,
Medical Sociology, Houghton Mifflin Company, London, 1978.
- John Gunn,
Management of the Patients who have Committed Offences,
Medicine, (The Quaterly add-on Series of the Practical Gene-
ral Medicine), 1976.
- John Eric,
Social Change, New York, 1960.
- John Madge,
The Origins of Scientific Sociology, Tavistock Publications,
U.K., 1970.

- **John Mann,**
Frontiers of Psychology, The Macmillan Company, New York,
1983.
- **James C. Norton,**
Introduction to Medical Psychology, Free Press, London,
1982.
- **John J. Pietrofesa,**
Counseling : An Introduction, Houghton Mifflin Company,
U.S.A., 1984.
- **John Rex**
Power, Conflict, Values and Change, in Peter Worsley, Op.
Cit.
- **Kent and Dalglish,**
Psychology and Medical Care, Van Nostrand Reinhold. U.K.,
1983.
- **Linda Alexander,**
Clinical Anthropology : Morals and Methods, Medical Anth-
ropology, Vol. 3., No. 2., 1979.
- **Logan M.H. and Hunt E.E.,**
Health and Human Condition, Duxbury Press, North Scituate,
1978.
- **Louden J.B.,**
Social Anthropology and Medicine, ASA., Academic Press,
London, 1978.
- **Margot Fefferys,**
Does Medicine Need Sociology, in David Tuckett, Op. Cit.
- **Margret Eden,**
Social Work Investigation and Management, Medicine, The
Quarterly-adden Series of Practical General Medicine (5 Psy-
chiatry).

- **Martin Davis,**
The Essential Social Worker, A guide to Positive Practice,
Educational Books, Heinemann, London. 1981.
- **Michael Hill & Peter Laing,**
Social Work and Money, George Allen and Unwin TLD, Lon-
don, 1979.
- **Myfanwy Morgan,**
The Doctor-Patient Relationship, in Donald L. Patrick and
Graham Scambler, Op. Cit.
- **Myfanwy Morgan and others,**
Sociological approaches to health and medicine, Groom Helm,
London, 1985.
- **Network of the Community-Oriented Educational Institutions
for Health Sciences, News Letter, No. 5, Feb. 1986.**
- **Peter Wingate,**
Medical Encyclopedia, Penguin Books, U.K., 1975.
- **Philip Houser,**
Problems of Rapid Urbanization in Peter Worsley, Op. Cit.
- **Ralf Hingson and Others,**
In Sickness and in Health, Social Dimensions of Medical Care,
The C.V. Mosby Company, London, 1981.
- **Ralph Turner,**
The Nature of Role Interaction, in Modern Sociology, ed. by
Peter Worsley, Penguin Books, 1972.
- **Ray H. Elling and Magdalena Solowska,**
Medical Sociologists at work, Transaction Books, New Jer-
sey, 1978.

- Reynolds I. and Nicholson C.,
Living in a Hight Flats, in Peter Worsley, Op. Cit.

- Report of the Working Group on the Social and Behavioral
Sciences in the Health Servies and Manpower Development,
WHO, Alexandria, Egypt, 25-29 July, 1977.

- Report of a Consultative Group Meeting on Appliation of
Behavioral Sienes in Health Servies in Developing Countries,
WHO, Alexandria, Egypt, 2-5 Sept., 1985.

- Robert Burns, c
*Essential Psychology, MTP Press Limited, England, 1980.

- Robert E. Cooke.
Ethical Consideration in the Selection and Recruitment of the
Children for Reséarch, in Howard Jones and Bankowski, Op.
Cit.

- Robert D. McCracken,
Selected Papers in future of the medical Anthropology, Me-
dical Anthropology, Vol. 3, No. 3., 1979.

- Sanford I. Cohen and Robert N. Ross,
Handbook of Clinical Psychology Vol. 1., Hemisphere publi-
shing Corporation, U.S.A., 1983.

- Sjaak van delr Geest and Klass W. van der Veen.
In Search for Health, Anthropologisch Sociologische Centrum,
Universiteit van Amesterdam, Amesterdam, 1979.

- Standard Dictionary of Folklore, Mythology ond Legend Funk
& Wagnalls Company, New York, 1950.

- Susser M.W. and Watson W.,
Sociology in Medicine, Oxford riversity Press, Second Edi-
tion, London, 1975.

- Tom Douglas,
Group Work Practice , Tavistock Publications, London, 1976.
- William Candell,
Applied Anthropolgy in Medicine, in Anthropology Today, by
Kroeber, 1960.
- Witting A.F.,
Theory and Problems of Introduction to Psychology, Mc Graw-
Hill Books Company, U.S.A., 1977.
- Young and Mack,
Principles of Sociology, American Book Company, New York,
1960.
- Dr. Zohair Nooman.
Clinical Trianing in Health Care Setting, News Letter, Op. Cit.

إبريق للطباعة مطبعة السلام

١٧ شارع السيد هاشم المنصور من عمل الابيان (مدرسة المعلم)
الخلاوي — عبرا
٦٤١٨٣٣ ت

رقم الايداع ٢٤٩٤ — ٨٧.

هذه السلسلة :

* تؤمن بقضايا الصحة والمرض في علاقتها بالحوادث الاجتماعية والدوائية .

* ويهدف إلى تقديم دراسات علمية تفيد المتخصص في الدراسات الاجتماعية وفي الطب . كما تفيد أيضا ممارس الطب والمرضى على السواء .

* نطاق دراسات السلسلة من مدالة أساسية هي : أن البحث العلمي المتأصل والأصيل والأمن يمكن أن يقدم دراسات نافعة تساعد من يهتمون بالجانب الصحي في الإنسان على أداء عملهم بكفاءة عالية .

* تركز التوجهات الأساسية في السلسلة على ركيزتين : الأولى : ضرورة التفاعل بين الممارس في بحثه العلمي لتحقيق الأهم المكافئ للإنسان . دراسة عامة للموقف الصحي بصفة خاصة . والثانية : توجيه الباحث في دراسة وهم الواقع على أساس أطر العمل .

* فإن من خلال تلك أن تسهم السلسلة في تنمية المجتمع من خلال اهتمام بكفاءة الممارس من عناصر الإنتاج . ذلك الذي يهدف الإنتاج إلى رفاهيته . وهو المصير البشري .

٨٧ - ١٩٩٤

١٩٧٧ - ٠٥ - ٥٥٣٧ -

إيريني للطباعة

مطبعة السلام

١٧ شارع السيد حاتم المترواح من محل الألبان (مدرسة المختار)
الخلدي - شبرا

Bibliotheca Alexandrina



0248715



١٤١٨٣٣